

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Construção do Padrão Documental dos Cuidados de
Enfermagem com Base em Linguagem CIPE®:
Um Percurso de Desenvolvimento de Competências de
Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Gonçalo André Gomes de Oliveira e Silva

Lisboa
2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Construção do Padrão Documental dos Cuidados de
Enfermagem com Base em Linguagem CIPE®:
Um Percurso de Desenvolvimento de Competências de
Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Gonçalo André Gomes de Oliveira e Silva

Relatório de estágio sob orientação da Professora Doutora Maria
Manuela Barbosa de Soveral e coorientado por Mestre Sónia Isabel Pinela
Colaço Marques

Lisboa

2012



DEDICATÓRIA

Às minhas orientadoras, particularmente à Professora Sónia Colaço, pelos momentos de partilha, reflexão e aprendizagem que me proporcionou.

A todos os enfermeiros(as) que tive a oportunidade de conhecer durante os ensinamentos clínicos e que me proporcionaram momentos de aprendizagem, e também de boa disposição, que não irei esquecer. Obrigado por me terem recebido tão bem.

À Direção de Enfermagem do HPP – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, pelo investimento e apoio, imprescindível para o sucesso deste projeto.

À Sr.^a Enf.^a Dulce Gonçalves, minha atual chefe, pela dedicação e apoio incansável. Sem o seu esforço nunca teríamos chegado tão longe. Excelente enfermeira e chefe, mas principalmente uma pessoa com uma visão excecional sobre o que é a enfermagem e o seu futuro.

A todos os enfermeiros que pertencem ou já pertenceram à minha equipa, e dos quais, nas minhas funções de chefe de equipa, me orgulho diariamente por poder prestar cuidados de enfermagem ao seu lado. Obrigado pelo vosso apoio e preocupação que me ajudaram em alturas bastante importantes.

À minha família, principalmente aos meus pais, pelo apoio incondicional. Sem eles, este projeto não poderia ter sido realizado da forma que foi e isso, sem sombra de dúvida, fez toda a diferença. Para eles, excelentes pais e avós, um enorme beijinho.

Aos amigos, tantas vezes privados da nossa companhia e encontros, mas sempre, conosco.

À minha esposa, amiga, confidente, companheira, com quem partilho a minha vida. Que privilégio termos estado juntos neste percurso, pois sem ti, tudo teria sido mais difícil. Outros projetos se seguirão e iremos concretizá-los com todo o amor e dedicação que pomos diariamente na nossa vida. Para ti, meu Amor, um carinho especial, Love you lots!

Ao meu filho, sempre a minha primeira prioridade, mas mesmo assim vezes demais privado dos pais. Desculpa as ausências e acredita que tudo fizemos para as compensar. As brincadeiras, idas ao parque, as conversas, os abraços e beijinhos e tantas outras coisas deram-nos o alento que só tu conseguirias dar.
O pai também te ama muito!

RESUMO

Este relatório retrata o percurso formativo tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, através do desenvolvimento de um projeto na área da documentação dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família em contexto hospitalar.

O modelo de Sistemas de Betty Neuman orientou os cuidados de enfermagem e o desenvolvimento do projeto, uma vez que permitiu a análise dos fatores que influenciam a homeostasia do sistema e os processos de saúde e doença do cliente pediátrico e sua família. Foi importante aprofundar os conhecimentos e o desenvolvimento do raciocínio clínico sobre o Processo de Enfermagem, sendo o domínio destes conceitos fulcral para a criação do padrão documental e sua implementação. A mobilização do raciocínio clínico e do processo de enfermagem é fundamental para que os enfermeiros possam beneficiar da utilização de ferramentas tecnológicas, como as aplicações informáticas de documentação dos cuidados de enfermagem. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi a linguagem classificada utilizada para a construção do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem na unidade de pediatria, tal como está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, dadas as suas vantagens, nomeadamente, na produção de indicadores de qualidade dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A metodologia utilizada envolveu a realização de atividades no âmbito de ensinamentos clínicos previamente planeados e que conduziram à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas à enfermagem da criança e do jovem. As competências adquiridas abrangeram a utilização adequada do processo de enfermagem, tendo em conta a globalidade do cliente pediátrico, as variáveis que influenciam a sua situação de saúde e a satisfação das suas necessidades. Também foram aquisições importantes a capacidade de gerir recursos e liderar grupos de trabalho recorrendo à comunicação verbal e não-verbal clara, mantendo as pessoas motivadas.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem, Documentação dos Cuidados de Enfermagem, Betty Neuman, CIPE®, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

ABSTRACT

This report depicts the formative path taken with the objective of acquiring and developing the skills necessary for the title of specialist nurse in child health and pediatrics, by developing a project in the area of the documentation of nursing care provided to children and their family in the hospital setting.

The Betty Neuman Systems Model was chosen as the theoretical model of nursing that guided the development of the project regarding the conception of nursing care, since it allowed the analysis of factors influencing the homeostasis of the system and the processes of health and sickness of the pediatric client and its family. It was important to deepen the knowledge and to develop clinical reasoning on the Nursing Process, in order to create correct standard documents for a relevant technical implementation. Using clinical reasoning and the nursing process, nurses can benefit from the use of technological tools such as computer software applications to document nursing care. The International Classification for Nursing Practice (ICNP ®) was ranked the language used to construct the standard documentation of nursing care in the pediatric unit, as is recommended by the Order of Nurses, given its advantages; especially in producing quality health gain indicators.

The development of this project involved the working-out of activities previously planned to take place in clinical teaching settings. This led to the acquisition of specialist nurses' common skills and specific skills of specialized children's health and pediatrics nurse. The skills acquired covered the proper use of the nursing process, taking into account the overall specifications of the pediatric client, the variables that influence their health status and the satisfaction of their needs. Important acquisitions included the ability to manage resources and lead working groups, using verbal and nonverbal clear communication, while keeping the team motivated.

KEY WORDS: Nursing Process, Documentation of Nursing Care, Betty Neuman, CIPE ®, Specialist Nurse in Pediatrics and Child Health.

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CIC – Comissão para a Informatização Clínica

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGFSS – Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

HCIS – Healthcare Information System

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

JCI – Joint Commission International

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIMS – Serviço de Informática do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

1. Nota Introdutória.....	7
2. Problemática	9
3. Fundamentação Teórica	15
3.1. Os Cuidados de Enfermagem à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	15
3.2. O Processo de Enfermagem na Conceção de Neuman.....	19
3.3. A Documentação dos Cuidados de Enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	23
4. Descrição e Análise do Percorso Formativo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria	28
4.1. O Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria Orientado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman	29
4.2. O Processo de Construção do Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem.....	35
4.4. Contributos de Outras Atividades Realizadas	45
5. Considerações Finais.....	47
6. Bibliografia	50
ANEXOS.....	53
APÊNDICES	54

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório refere-se às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade curricular Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. Delineando o seu percurso formativo o formando pode optar pela realização de um projeto de estágio enquadrado numa temática por si escolhida. O grande interesse no desenvolvimento de um projeto deste tipo é a possibilidade que oferece ao formando de intervir ao nível de uma problemática relevante na sua prática profissional, permitindo que este seja um agente ativo de mudança e de promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que exige a aquisição e/ou mobilização de competências inerentes à sua área de especialização.

No meu caso, a especialização escolhida foi em saúde infantil e pediátrica, área a que me dediquei após o término do curso de licenciatura em enfermagem. Exercendo funções numa instituição hospitalar bastante recente, decidi orientar o meu projeto para a área da documentação dos cuidados de enfermagem. Constatei que existiam aspetos da documentação dos cuidados de enfermagem que não se adequavam às diretrizes profissionais mais recentes e que a própria equipa de enfermagem sentia défices que impunham uma melhoria neste campo. Tornou-se claro que a realização deste projeto traria inovação para o hospital e benefícios para os utentes. Por outro lado, a dimensão do mesmo era desafiante e obrigaria o desenvolvimento de determinadas competências, as quais careciam de ser desenvolvidas para a aquisição do título de enfermeiro especialista. No segundo capítulo deste documento será explicada de forma mais pormenorizada a problemática que conduziu ao desenvolvimento do projeto, e os objetivos traçados visando a aquisição de competências e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente pediátrico e respetiva família. No terceiro capítulo são desenvolvidas as referências teóricas que sustentaram o desenvolvimento do projeto. Estas encontram-se divididas por subcapítulos que aprofundam respetivamente, o cuidado de enfermagem orientado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman; a história e relevância da utilização do Processo de Enfermagem enquanto metodologia científica imprescindível para a qualidade dos cuidados; e por último a importância e a forma de documentar os cuidados de enfermagem.

O projeto envolveu ensinamentos clínicos que proporcionaram experiências de aprendizagem e reflexão da prática de cuidados, que possibilitaram o meu

desenvolvimento enquanto enfermeiro e me permitiram realizar escolhas no sentido de conduzir o projeto ao seu intuito final. O quarto capítulo deste documento descreve o percurso formativo realizado, realçando as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, assim como as competências adquiridas e desenvolvidas durante a implementação do projeto, as quais são essenciais para atingir o título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

2. PROBLEMÁTICA

A tecnologia tem avançado, nas últimas décadas, a um ritmo alucinante. As pessoas são frequentemente confrontadas com novas soluções tecnológicas que visam facilitar a realização de determinadas tarefas, tanto a nível pessoal como a nível profissional. Os avanços tecnológicos visam áreas de diverso âmbito, como a recreação e o lazer, a indústria, a agricultura, a educação e acompanhando esta tendência também a área da saúde em Portugal se viu confrontada com novas soluções de mudança capazes de melhorar a qualidade e rentabilizar recursos. Paiva (2006, p.19), refere que “a necessidade, cada vez mais sentida, de gerir bem os recursos, vai acelerar o movimento da informatização na saúde” e os sistemas de informação em enfermagem “têm de ser alvo de investigação e reflexão, por forma a que a natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação do futuro” (PAIVA 2006, p.19).

Na saúde um dos aspetos que tem merecido destaque pelos decisores políticos é a informatização clínica. Segundo a Comissão para a Informatização Clínica do Ministério da Saúde (CIC), a informatização clínica é

“a criação de sistemas informáticos capazes de armazenar e disponibilizar dados de saúde, médicos, de enfermagem, ou quaisquer outros, actuais ou históricos dos utentes, onde se registam todo o tipo de informação: doenças crónicas, realização de exames, medicamentos receitados e vacinas etc... Estes dados podem estar num hospital, clínica, USF ou Centro de Saúde, sendo a base de trabalho da medicina moderna.”

(CIC, 2011)

Uma das grandes vantagens da utilização de sistemas informáticos para o registo dos dados dos utentes é a possibilidade de partilha dos mesmos entre diferentes instituições (CIC, 2011). Para a mesma fonte a

“informação atualmente registada em papel não é passível de partilha fácil entre instituições e profissionais. É de difícil actualização e muito difícil transmissão, no interesse dos utentes, quer no SNS quer na prática da medicina e prestação privada de cuidados de saúde quaisquer que eles sejam, será conveniente rapidamente concluir o processo de informatização clínica de todos os prestadores.”

(CIC, 2011)

A informatização clínica, desde que disponibilizada cumprindo requisitos de segurança, alcançará os seguintes benefícios para os utentes e serviços de saúde:

- “Melhor acesso aos serviços de saúde por parte dos utentes
- Maior qualidade e eficácia nos serviços
- Redução do risco de erros médicos
- Redução de custos evitando a replicação de exames e outros procedimentos
- Disponibilização mais rápida de relatórios clínicos”

(CIC, 2011)

Em Portugal a entidade responsável a um nível central pelo estudo, orientação, avaliação e execução dos Sistemas de Informação e pela gestão dos recursos financeiros do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). É tutelado pelo Ministério da Saúde, mas dotado de autonomia administrativa e financeira (Administração Central do Sistema de Saúde, 2010). Foi criado em 1993 pelo Decreto-Lei n.º 308/93 de 2 de Setembro como resultado da integração num só organismo do Serviço de Informática do Ministério da Saúde (SIMS) e do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde (DGFSS) extintos pelo Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de Janeiro (que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde). Foi a este instituto que o Professor Abel Paiva apresentou em termos funcionais, o que viria a ser a aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), decorrente da sua tese de doutoramento. A aplicação informática foi posteriormente desenvolvida pelo IGIF, com a colaboração do Professor Abel Paiva, na vertente hospitalar (SILVA, Pedro; CT, Abílio, 2006). A Administração Central do Sistema de Saúde define-o como

“um software aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses – CIPE (versão BETA 2), que permite efectuar o planeamento e o registo da actividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.”

(ACSS, 2010)

Esta aplicação informática foi desenhada para a prestação de cuidados de enfermagem visando “a organização e o tratamento da informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do doente”, sendo os seus objetivos específicos: “suportar a actividade diária de enfermagem” e “normalizar o sistema de registos de enfermagem” (ACSS, 2010). Posteriormente outras aplicações informáticas, oriundas de empresas do setor privado, surgiram e propuseram alternativas à informatização do registo dos cuidados de enfermagem às instituições de saúde. Possivelmente, um dos motivos pelo seu sucesso no mercado foi o facto de oferecerem soluções mais atuais que

o SAPE, por exemplo ao possibilitarem a utilização de novas versões da CIPE®. Relembro que o SAPE tem na sua base de dados a versão beta 2 da CIPE®, sendo a mais atual em Portugal a versão 2, como aprofundarei no decorrer do relatório.

Acompanhando a era de modernização e consequente informatização dos serviços de saúde, o HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, inaugurado em Fevereiro de 2010, tem como recurso uma aplicação informática denominada de “Desktop de Enfermagem”, desenvolvida por uma empresa privada, e orientada para o registo dos cuidados de enfermagem prestados em todos os serviços do hospital. A escolha por esta aplicação foi da responsabilidade do Conselho de Administração do Grupo HPP – Hospitais Privados de Portugal. Na Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria, a equipa de enfermagem nunca se sentiu segura para realizar o registo dos seus cuidados de enfermagem apenas na aplicação informática, pelo que se optou inicialmente, pela utilização concomitante de registos em papel. Na base desta decisão esteve o facto de terem sido identificados, pela equipa de enfermagem, vários défices nos registos dos cuidados de enfermagem inerentes à utilização da aplicação informática (Desktop de Enfermagem). Estes défices estavam ligados com o facto da aplicação informática não permitir que o enfermeiro documentasse os cuidados de enfermagem em todas as etapas que compõem o Processo de Enfermagem. A aplicação informática possuía na sua base de dados um conjunto de intervenções de enfermagem já programadas e passíveis de serem seleccionadas pelos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados. Essas intervenções foram criadas por um grupo de trabalho composto por enfermeiros, ainda nas instalações antigas do Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, com base na versão beta 2 da CIPE®. Contudo estas intervenções, do ponto de vista documental, surgiam descontextualizadas, não se interligando a nenhum diagnóstico de enfermagem, nem a nenhum resultado esperado após a implementação das intervenções. Não existia nenhum registo que contemplasse de forma interligada e coerente os focos de atenção de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, assim como os resultados esperados após a implementação das intervenções. Por outro lado, as intervenções de enfermagem existentes nem sempre se adequavam às necessidades do cliente pediátrico. Por exemplo, não existiam intervenções que respondessem a alguns problemas no âmbito da parentalidade. Outra situação frequente era o facto de algumas intervenções originarem quadros de preenchimento de dados pré-parametrizados, contudo esses quadros poderiam estar mais completos ou mais adequados à intervenção

que os originava (ex. quadro com características do padrão respiratório do lactente). Como referi anteriormente, a equipa de enfermagem sentiu necessidade de utilizar um suporte em papel para complementar as lacunas que a aplicação informática possuía. Esta opção, de carácter provisório, acarretou novos riscos e problemas. Um dos quais foi a dispersão da informação por duas fontes, a digital e o suporte em papel. Esta dispersão aumenta a probabilidade de erro, dificulta a consulta da informação, prejudica a continuidade dos cuidados de enfermagem e dificulta a sua prestação, na medida em que consome tempo, que seria melhor aproveitado se direccionado para outras intervenções de enfermagem. Por fim, o tratamento estatístico, por exemplo para fins de investigação ou gestão, dos registos de enfermagem era bastante difícil, pois implicava a consulta dos dados nos dois tipos de suporte utilizados.

A grande problemática que conduziu a este projeto foi a existência de uma aplicação informática que, enquanto ferramenta ao serviço dos enfermeiros, não responde às suas necessidades enquanto profissionais, nomeadamente por não contemplar na sua estrutura o processo de enfermagem, enquanto metodologia científica composta por várias etapas. Consequentemente, a utilização de uma ferramenta incompleta e desadequada, torna-se um obstáculo, quando deveria ser uma mais-valia, para a máxima qualidade dos cuidados de enfermagem. Qualidade essa que poderá vir a ser maximizada se utilizarmos uma ferramenta que permita facilmente documentar as necessidades em cuidados de enfermagem das crianças e suas famílias, planear intervenções elaborando um plano de cuidados individualizado, atualizar facilmente esse plano e confrontar os resultados das intervenções realizadas com os objetivos previamente traçados. Só assim os enfermeiros reconhecerão a utilidade da aplicação informática enquanto ferramenta de documentação dos cuidados de enfermagem prestados indo ao encontro do que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros que defende

“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.”

(OE, 2001)

No período em que decorreu a realização deste projeto, coincidentemente o HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, também se encontrava em processo de acreditação, segundo os critérios da “Joint Comission International para Hospitais (JCI)”. Criada em 1998, esta organização internacional tem por missão a “melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, através da atribuição de

acreditações e de serviços de consultoria” (JCI, 2007, p.5). Esta organização dá grande ênfase à qualidade, particularmente a aspetos relacionados com a segurança na prestação dos cuidados de saúde. Um dos aspetos que impõe como condição às instituições que pretendem adquirir a acreditação é o “desenvolvimento de um plano de cuidados (...) para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas no doente” (JCI, 2007, p.71). Esse plano de cuidados deve estar devidamente documentado e conter

“informações suficientes para identificar os doentes, apoiar a formulação de diagnósticos, justificar os tratamentos, documentar os progressos e resultados obtidos com o tratamento, e promover a continuidade dos cuidados entre os prestadores de cuidados de saúde.”

(JCI, 2007, p.214)

O processo de acreditação e as exigências ao nível da existência de um plano de cuidados para os doentes e para a correta documentação dos cuidados prestados também coadjuvou, juntamente com as necessidades já sentidas pelos profissionais, para um célere compromisso de resolução da problemática por parte dos órgãos diretores do hospital.

Sendo este um projeto formativo para aquisição do grau de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria sinto necessidade de referir que, no meu percurso profissional de cerca de 9 anos de experiência, sempre exerci funções em Unidades de Neonatologia e de Cuidados Intensivos/Intermédios de Pediatria. Fui confrontado com várias situações, técnicas e relacionais, com as quais fui aprendendo a lidar, quer na prestação de cuidados, quer no desempenho das funções de chefe de equipa. Para tal, utilizei estratégias como a pesquisa bibliográfica, a experiência adquirida, a reflexão sobre a prática dos cuidados onde exercia funções, a reflexão e partilha de situações com outros colegas de profissão, muitas vezes já especialistas/peritos na área da pediatria, com o intuito de responder o mais adequadamente possível perante as crianças/famílias a quem prestei cuidados de enfermagem. São alguns exemplos dessas situações, a prestação de cuidados a crianças em condição de saúde crónica, situações de emergência, gestão de conflitos/liderança a nível intra e interdisciplinar, cuidados a crianças em fim de vida, transmissão de “más notícias” às crianças/família, brincar nas Unidades de Cuidados Intensivos, preparação para a realização de procedimentos invasivos, avaliação e controlo da dor, entre outros. Penso que a experiência adquirida enquanto enfermeiro na área pediátrica permitiu-me a aquisição de competências do domínio da responsabilidade ética e legal, da prestação de cuidados a crianças/famílias

em situação de especial complexidade e da adequação da minha intervenção à situação de saúde e de desenvolvimento da criança. Consciente do meu percurso profissional, optei por desenvolver um projeto que permitisse o aprofundamento das competências acima referidas, e também a aquisição e desenvolvimento das competências do domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados, considerando que necessito de as adquirir e desenvolver para cumprir os meus objetivos formativos. Não tendo tido tanta experiência nestes domínios, penso que ao intervir perante a problemática identificada na Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, tive a oportunidade ideal para os desenvolver, pois pude intervir num problema, cuja resolução passou por um projeto global, envolvendo todos os profissionais de saúde dos serviços de pediatria do hospital e que promoveu a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Tendo em conta as minhas necessidades formativas, e visando a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem, foi elaborado um projeto cuja finalidade consistiu em: desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, através da construção do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem da Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida.

Com o objetivo de cumprir a finalidade proposta foram delineados três objetivos gerais:

- a) Aprofundar a compreensão do cuidado de enfermagem em saúde infantil e pediatria orientado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman;
- b) Desenvolver competências de liderança e gestão de grupos de trabalho durante o processo de construção do padrão de documentação da Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida;
- c) Construir o padrão de documentação da Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida com base em linguagem CIPE®.

Após a determinação dos objetivos acima descritos emergiram conceitos chave, importantes para a prossecução do trabalho de projeto proposto e que foram explorados no capítulo seguinte denominado de fundamentação teórica.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na procura de soluções que respondessem à problemática identificada e seguindo a linha de pensamento traçada pelos objetivos a alcançar foi realizada pesquisa bibliográfica, a qual irei explorar nos subcapítulos seguintes, em torno das seguintes temáticas: o cuidado de enfermagem e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o Processo de Cuidados em Enfermagem e a sua documentação recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

3.1. Os Cuidados de Enfermagem à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Nascida em 1924 em Lowell, Ohio, Betty Neuman terminou a sua formação inicial em enfermagem em 1947 no Hospital School of Nursing na localidade de Akron, Ohio. Muda-se para a cidade de Los Angeles onde exerceu em vários serviços como enfermeira prestadora de cuidados, mas também na área da gestão como enfermeira-chefe. Envolveu-se também no ensino clínico, na atual Universidade de Southern California Medical Center. Concluiu em 1957 o bacharelato em enfermagem, em 1966 o mestrado em Saúde Mental, Consulta de Saúde Pública, e doutorou-se em 1985 na Pacific Western University em Psicologia Clínica (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Em 1970, Neuman “concebeu um modelo conceptual para a enfermagem” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.336), a que viria a denominar de Modelo de Sistemas de Neuman. Neuman baseou-se na teoria geral dos sistemas de von Bertalanffy, que “afirma que todos os elementos de uma organização complexa estão em interacção” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.336). Na teoria de Gestalt “que descreve a homeostase como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, consequentemente, a sua saúde, sob condições diversas” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.336). Na filosofia Marxista que afirma que “as propriedades das partes são determinantes, em parte, pelos todos maiores dos sistemas dinamicamente organizados” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.336), e também na filosofia de deChardin sobre a totalidade da vida na medida em que “os padrões do todo influenciam a consciência da parte” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.337). A autora foi também influenciada pelas teorias de stress de Hans Selye e da crise de Gerald Caplan.

A teoria do Stress de Selye enfatiza os componentes fisiológicos do stress, nomeadamente, as tentativas do organismo para lidar com os agentes de stress (BOLANDER, 1998). Neuman utilizou a definição de stress de Selye (1974), como a “resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.337). Essa resposta não-específica requer a adaptação ao problema, logo o contato com um agente stressor implica uma necessidade de reajustamento (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Segundo Bolander (1998), os agentes de stress são estímulos produtores de tensão com potencial para causar um desequilíbrio no sistema e exigem uma resposta do organismo. Como referi anteriormente, Neuman também se baseou na teoria da crise de Caplan, que define crise como um período transitório, que apresenta ao indivíduo tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade, como um perigo de crescente vulnerabilidade (BOLANDER, 1998). Pode ser encarado como um fenómeno esporádico que interrompe a nossa existência de forma dramática (BOLANDER, 1998). Para Caplan, a crise desenvolve-se “quando uma pessoa encontra um obstáculo aos objectivos importantes da vida, que é, durante um tempo, intransponível através da utilização dos métodos habituais de “resolução de problemas” (BOLANDER, p.345). A resolução de uma situação de crise ocorrerá resolvendo o problema ou ocorrendo uma adaptação ao mesmo, podendo este processo beneficiar a saúde mental do indivíduo. O objetivo da resolução de uma crise vai depender da percepção que o indivíduo tem da vida e dos recursos que tenha disponíveis (BOLANDER, 1998). Neuman também adaptou os níveis de prevenção do modelo de Caplan e relacionou-os com a enfermagem.

O modelo de sistemas de Neuman integra-se na escola dos efeitos desejados. As teóricas que estiveram na origem desta escola, onde se inclui Betty Neuman, tentaram “conceptualizar os resultados ou os efeitos desejados dos cuidados de enfermagem” (LOPES, 1999, p.54). Entendem que o objetivo dos cuidados de enfermagem consiste no restabelecimento do equilíbrio, da estabilidade, da homeostasia ou da preservação de energia (LOPES, 1999; KÉROUAC et al, 1996). Enquadra-se também no paradigma da integração orientando-se para a pessoa. Segundo Lopes (1999, p.54), “a pessoa é conceptualizada como um ser bio-psico-cultural, um sistema de adaptação em constante interacção com o meio ambiente”. A enfermeira é “responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade” (SILVA, 2002).

Segundo o mesmo autor, “intervir significa “agir com” a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades” (SILVA, 2002).

Para compreender o modelo de sistemas de Betty Neuman é necessário compreender os conceitos-chave do próprio modelo, nomeadamente os conceitos de sistema, cliente, ambiente, saúde, cuidado de enfermagem, stressores, linhas de defesa, estrutura básica e níveis de prevenção. Neuman define a existência de um sistema cliente que é dinâmico e aberto para o exterior. A dinâmica advém da relação contínua, através de uma interação constante, entre o cliente e o ambiente que o rodeia. Segundo Tomey e Alligood (2004, p.336), Neuman “descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades”, existindo várias necessidades capazes de perturbar “a harmonia e estabilidade do sistema”. A autora faz uma abordagem à totalidade do cliente e define-o como pessoa, grupo ou comunidade (NEUMAN, 2010). Segundo Tomey e Alligood (2004, p.337,340), “os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica/recíproca”. Mais especificamente, o *Cliente* para Neuman (2010, p.327), “é um sistema aberto em total interação com o ambiente interno e externo. Um composto de cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual), cada uma sendo uma sub-parte de todas as partes, formando o cliente total”. A totalidade do cliente assenta na visão deste, tendo em conta todas as variáveis acima citadas. Este aspeto é tão importante para a autora, que esta chega mesmo a alterar a grafia do termo “holistic”, por “wholistic” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004), de forma a enfatizar a sua importância. Por sua vez, a abertura do sistema com o exterior permite a troca de energia entre os elementos que o compõem. Para Neuman (2010), o *Ambiente* é um dos fenómenos básicos do modelo. Segundo a autora, “consiste nas forças internas e externas em redor do cliente, influenciando e sendo influenciado pelo cliente, em qualquer ponto do tempo, como sistema aberto” (NEUMAN, 2010, p.327). Outro conceito importante é o de stressores e de acordo com Tomey e Alligood (2004), os stressores são relatados como forças ambientais com potencialidade de influenciar a estabilidade do sistema, podendo ser intrapessoais (ocorrem no indivíduo), interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (exteriores ao indivíduo). Na sua globalidade, o sistema é composto por elementos, nomeadamente, “uma estrutura básica, rodeada por anéis concêntricos protetores. Estes anéis são compostos por factores similares, com diferentes e variados propósitos na retenção, alcance e manutenção da estabilidade e integridade do sistema” (NEUMAN, 2010, p.327). Neuman define a

estrutura básica como os fatores básicos comuns de sobrevivência a todas as espécies, tal como por exemplo a estrutura genética ou a estrutura do órgão. Esta estrutura é rodeada por duas linhas de defesa, flexível e normal, e por linhas de resistência. (NEUMAN, 2010). A linha de defesa flexível é uma linha dinâmica na fronteira exterior da estrutura básica funcionando como uma espécie de “amortecedor” de proteção para que o sistema se mantenha estável. Pode facilmente ser alterada num curto período de tempo, por fatores imprevistos como por exemplo, uma situação de emergência ou um estado de desidratação. Esta linha previne a entrada para o sistema de stressores, prevenindo que o sistema cliente tenha de reagir perante os stressores ou mesmo que adquira sintomatologia. É dinâmica, pois fornece ao sistema, uma maior proteção quanto mais afastada estiver da outra linha de defesa, a normal. O seu poder de amortecimento poderá ser enfraquecido consoante o tipo e quantidade de stressores que estejam a afetar o sistema (NEUMAN, 2010). A linha de defesa normal representa o estado de equilíbrio e de estabilidade do sistema. Tem em conta o ajustamento de todas as variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual) do cliente aos stressores ambientais de modo a atingir um máximo de bem-estar (NEUMAN, 2010). Segundo Tomey e Alligood (2004), deve ser vista como a referência para que depois se possam identificar os desvios em relação ao estado habitual de bem-estar. Mais próximo da estrutura básica encontram-se as linhas de resistência cuja função é de proteção da estrutura básica quando um stressor, ou vários, ultrapassaram as linhas de defesa e desestabilizaram o sistema. São recursos internos e externos que irão lidar com o grau de desestabilização do sistema, tendo em conta a interação entre as variáveis do cliente, e que deverão conseguir reequilibrar novamente o sistema até se encontrar estável novamente, no máximo de bem-estar (NEUMAN, 2010).

Perante estes elementos, é fácil compreender que para Neuman, a *Saúde* é visto como,

“um contínuo de bem-estar e doença, de natureza dinâmica, que é sujeito a constantes mudanças. Ótimo bem-estar ou estabilidade indica que as necessidades totais do sistema estão satisfeitas. (...) o cliente está num dinâmico estado de bem-estar ou doença, em graus variáveis, em qualquer ponto do tempo.”

(NEUMAN, 2010, p.328)

Numa situação de contacto com agentes stressores e um potencial estado de enfermidade, Neuman denomina ainda de grau de reação, a quantidade de energia

necessária para que o cliente se ajuste aos stressores e restabeleça o estado de adaptação aos stressores (NEUMAN, 2010).

Para a autora, a *Enfermagem* é “uma profissão única preocupada com todas as variáveis que afectam o cliente e o seu ambiente” (NEUMAN, 2010, p.328). O enfermeiro deve ver o cliente num todo que muda constantemente, sendo todo o modelo marcado pela dinâmica do mesmo. A sua intervenção deve contemplar todos os níveis de prevenção: primária ao reduzir a possibilidade do cliente enfrentar stressores, ou intervindo de modo a que a linha de defesa flexível se fortaleça; secundária, detetando precocemente uma situação causadora de stress e intervir no tratamento dos sintomas, de modo a restabelecer o sistema; e terciária que se centra no reajustamento tendo em vista a máxima estabilidade possível do sistema (NEUMAN, 2010). O enfermeiro pode assim intervir quer na fase de reacção, quer na de constituição. Segundo Tomey e Alligood (2004, p.342), no modelo de Neuman, a enfermeira é “uma participante activa com o cliente (...) estando relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo aos stressores.”

Após a descrição dos conceitos chave do Modelo de Sistemas de Neuman, o subcapítulo seguinte aprofunda o conceito de Processo de Enfermagem desde a sua origem até à própria concepção do mesmo para esta autora.

3.2. O Processo de Enfermagem na Concepção de Neuman

Florence Nightingale, figura importante na história da enfermagem, já incutia nos seus alunos a necessidade de julgar os resultados das suas observações, no entanto ainda não havia referência ao processo de enfermagem, como o conhecemos atualmente. Este surge na década de 1950, segundo Garcia e Nóbrega (2009, p. 189), “sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados.”

Bolander (1998, p.40), refere que o processo de enfermagem “é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos que têm necessidades não satisfeitas”. Segundo a mesma autora, “o processo de enfermagem é uma série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas” e a importância do mesmo “deve-

se ao facto de constituir fundamento do ensino, da prática e da investigação em enfermagem e, conseqüentemente, para o exercício da profissão” (BOLANDER, 1998). Potter e Perry (2006), destacam o processo de enfermagem enquanto promotor da individualização dos cuidados de enfermagem em função das necessidades dos utentes, de forma a melhorar ou manter o nível de saúde. Garcia e Nóbrega descrevem um percurso evolutivo no processo de enfermagem, desde a simples identificação e resolução de problemas, para a identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem até, mais atualmente, “à especificação e verificação, na prática, de resultados do paciente que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem” (GARCIA e NÓBREGA, 2009, p.188). Pesut e Herman (1999) descrevem três gerações do processo de enfermagem. A primeira geração composta por quatro fases (avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação) foi marcada pelo relevo na identificação de problemas dos pacientes. No final da década de 1960 surgem trabalhos de classificação de diagnósticos que conduziram à inclusão da fase de diagnóstico no processo de enfermagem. Este percurso adveio da necessidade sentida por enfermeiras de classificar e padronizar os problemas que requeriam cuidados de enfermagem, tendo este sido o mote para a realização da primeira Nursing Diagnosis Conference em 1973, em Saint Louis, nos Estados Unidos (PESUT e HERMAN, 1999). Surge deste modo a segunda geração do processo de enfermagem acrescentando às fases anteriores, a de diagnóstico de enfermagem e ganham ênfase os processos de pensamento que permitem ao enfermeiro trabalhar com as informações colhidas dos utentes e tomar decisões clínicas (PESUT e HERMAN, 1999). Ao surgir a designação de resultados dos cuidados de enfermagem, os autores referem o aparecimento, já na década de 1990 em diante, da terceira geração do processo de enfermagem, que representando melhor a complexidade inerente ao processo de enfermagem, ocorre a valorização das classificações de diagnósticos, de intervenções e de resultados como os vocabulários para o raciocínio, reclamando novas formas de raciocínio para a enfermagem (PESUT e HERMAN, 1999). Segundo Garcia e Nóbrega (2009), o foco da terceira geração do processo de enfermagem é a confirmação na prática dos resultados do cliente que foram sensíveis aos cuidados de enfermagem. As autoras (GARCIA e NÓBREGA, 2009, p.188) definem o processo de enfermagem “como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem”. Um instrumento tecnológico na medida em que é utilizado para organizar as condições necessárias à prestação dos cuidados de

enfermagem, assim como é primordial para a documentação da prática profissional. Um modelo tecnológico pois,

“possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e colectividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.”

(GARCIA e NÓBREGA, 2009, p.189)

Em Portugal, o Processo de enfermagem encontra-se legalmente regulamentado (REPE, 1996) sendo composto por cinco etapas, a avaliação inicial (1), com a recolha e análise de dados ou informações que conduzirão a um diagnóstico (2) de enfermagem. Na fase de planeamento (3) procede-se à elaboração de um plano de cuidados que contemplará as intervenções de enfermagem a implementar na fase de, execução/intervenção (4). Por fim a fase de avaliação (5) do resultado das intervenções anteriormente planeadas e executadas. Este é um método cíclico e susceptível de ser adaptado a qualquer momento (BOLANDER, 1998). A qualquer altura poderão surgir novos diagnósticos ou alterações nos diagnósticos já identificados, que irão impor ao enfermeiro a necessidade de reajustar o plano de cuidados às necessidades particulares de cada utente. As etapas do processo de enfermagem estão descritivas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no artigo n.º 5, ponto n.º3, enfatizando este artigo que “os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) utilizarem metodologia científica” (DECRETO-LEI n.º 161/96, p.2960).

Na teoria de Neuman o processo de enfermagem surge em três etapas principais: diagnóstico, objetivos e resultados de enfermagem. A etapa do diagnóstico de enfermagem pressupõe a colheita de dados que poderão determinar “as variações do bem-estar” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.344). Após a análise dos dados obtidos são estabelecidos objetivos através da “negociação com o cliente para as prescritivas desejadas corrigirem as variações de bem-estar” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.344). Os resultados dependem das intervenções de enfermagem recorrendo aos modos de prevenção como intervenção. Por último, a avaliação confirmará se os objetivos dos resultados desejados foram alcançados ou se haverá necessidade de reformulação dos objetivos de enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). O modelo de Neuman encontra-se assim bastante atual e apto a ser utilizado enquanto orientador da prática. No contexto de internamento hospitalar a criança é “removida” da sua zona de conforto e dos espaços que já conhece, sendo confrontada com uma mudança nos seus hábitos de vida. Este

aspecto poderá por si só ser causador de stress, no entanto, e com grande probabilidade, acrescem outros stressores a este contexto. Para Martins e Silvino (2010, p.342), a criança pode sentir a hospitalização como “agressão ou castigo, levando ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, de abandono em relação aos pais, e embotamento afetivo”. Cabe ao enfermeiro colher e analisar todas as informações necessários para a identificação e validação dos stressores (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais) causadores de desequilíbrio no sistema cliente, permitindo depois a identificação de diagnósticos de enfermagem que afetam a criança e sua família. Segundo Martins e Silvino,

“durante o processo de hospitalização, o enfermeiro deve, segundo a metodologia proposta por Neuman, verificar os stressores percebidos pela criança e também pelo provedor dos cuidados (...) importante também é observar as distorções entre o que é percebido pela criança e o provedor de cuidados, nessa situação.”

(MARTINS e SILVINO, 2010, p.342)

É muito importante que o enfermeiro perceba como é que determinado stressor influencia a criança, mas também como o influencia a si próprio, e que estratégias é que irá planear para lidar o melhor possível com a situação, de forma a restabelecer novamente um máximo de bem-estar no cliente. As estratégias de intervenção devem priorizar as necessidades da criança, tendo em vista a manutenção da linha flexível de defesa. As intervenções instituídas poderão abranger os vários níveis de prevenção: primário, quando a ação do enfermeiro terá em vista a minimização dos stressores de modo a prevenir possíveis reações da criança (MARTINS e SILVINO, 2010). Secundário quando uma reação da criança já está patente. O objetivo do enfermeiro passará por cuidar dos sintomas, resultado das reações e minimizar os efeitos prejudiciais dos stressores, fortalecendo as linhas de resistência da criança, diminuindo o impacto que as reacções provocam (MARTINS e SILVINO, 2010). Quando a criança está apta a mobilizar recursos de energia e consegue manter as “interações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em equilíbrio” o enfermeiro intervém ao nível da prevenção terciária (MARTINS e SILVINO, 2010, p.343). É também importante a experiência e o nível de conhecimento do enfermeiro prestador de cuidados, pois influenciará a sua intervenção perante um determinado stressor. Enfermeiros com experiências profissionais e níveis de conhecimento variados poderão atuar, perante a mesma situação, de modo diferente. Segundo Martins e Silvino,

“o tipo de intervenção que o enfermeiro utilizará depende do estressor e também da bagagem de conhecimento que o profissional possui, facilitando a antecipação da defesa aos fatores de riscos que permeiam o processo de hospitalização da criança.”

(MARTINS e SILVINO, 2010, p.343)

Os resultados alcançados com as intervenções instituídas devem ser analisados e comparados com os objetivos que estavam planejados. O enfermeiro saberá assim se as suas intervenções, executadas na fase de reação ou de reconstituição, obtiveram o resultado desejado ou terão de ser alvo de reformulação, cumprindo assim a metodologia preconizada no processo de enfermagem.

Indissociável ao Processo de Enfermagem é o registo documental de todas as suas fases, pelo que no subcapítulo seguinte abordarei a temática da documentação dos cuidados de enfermagem.

3.3. A Documentação dos Cuidados de Enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Historicamente a documentação dos cuidados de enfermagem evoluiu com a própria profissão. De simples anotações em livros, algumas vezes separados do processo clínico do utente, os registos evoluíram no sentido de fazerem parte do processo do utente e de refletirem com precisão o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Trabalho esse fundamentado em conhecimentos científicos próprios e alicerçado na metodologia do processo de enfermagem.

Atualmente é impensável a existência de uma prática de cuidados de enfermagem que não envolva registos dessa mesma prática. Seria como se o processo de enfermagem não existisse. É através dos registos que se assegura a continuidade dos cuidados de enfermagem, que se obtêm dados para a avaliação dos mesmos e que se prossegue no desafio de desenvolver e dar visibilidade à profissão de enfermagem (Leal, 2006). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) refere que a documentação clínica inclui todas as formas de documentação, elaboradas por todos os profissionais de saúde, relacionadas com o cuidado a um cliente. É a base para a comunicação entre os profissionais de saúde, informando sobre o tratamento, os cuidados planejados, os cuidados prestados e os resultados obtidos, numa base de continuidade (WHO, 2007).

Segundo a mesma instituição (WHO, 2007), a documentação clínica deve respeitar os seguintes princípios: confidencialidade, clareza, ser concisa e completa, contemporânea, consecutiva, correta, compreensível, colaborativa e centrada no cliente. A Ordem dos Enfermeiros (2007) enfatiza a importância da documentação em enfermagem, na medida em que possui um carácter ético e legal; é relevante para a decisão clínica, para a gestão, formação, investigação e para os processos de tomada de decisão; e promove a continuidade e a qualidade dos cuidados, quer na perspetiva individual como também na de grupo.

Como referi anteriormente, a partir da segunda geração do processo de enfermagem, com as etapas distintas que o compõem, começaram a ser valorizados e desenvolvidos os sistemas de classificações de enfermagem, importantes para a documentação dos cuidados. Em 1973 ocorreu em Saint Louis, nos Estados Unidos, a primeira conferência para discussão dos diagnósticos de enfermagem. Segundo Barros (2009), as conferências continuaram periodicamente e em 1980 foram criados, refinados e classificados os termos diagnósticos. Em decorrência deste processo, em 1982, foi criada a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta associação foi pioneira na criação de taxonomias para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem através de uma terminologia comum. Também dedicada ao desenvolvimento de uma terminologia comum que reflita a prática da enfermagem a nível mundial, o International Council of Nursing (ICN), aprovou em Seul no ano de 1989, uma resolução que previa o desenvolvimento de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Em 1993 o ICN publicou um documento de trabalho com uma lista de termos usados na literatura de enfermagem e classificações existentes, compreendendo alguns termos das classificações desenvolvidas pela NANDA, para descrever diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Em 1995 foi publicada a versão Alfa da CIPE® consistindo numa classificação de fenómenos e de intervenções de enfermagem. Após discussões em congressos e workshops, e resultado de contínuo desenvolvimento, o ICN publicou a versão Beta em 1999 e a Beta 2 em 2001. Estas expandiram o uso de uma abordagem multiaxial, uma vez que propunham dois modelos, cada um com oito eixos. Um para os fenómenos de enfermagem e outro para as ações de enfermagem. Desenvolveram-se as definições para o diagnóstico, resultado e ação de enfermagem e estabeleceram-se os critérios para a elaboração de um diagnóstico, um resultado e uma intervenção de enfermagem com base nos modelos de oito eixos. Nesta

altura, os responsáveis começam a perceber o potencial de aliar os sistemas de classificações aos sistemas eletrónicos de registos dos cuidados de saúde. A versão Beta 2 ainda se encontra em utilização em várias instituições do nosso país através da utilização da aplicação informática SAPE. Uma nova atualização da CIPE® surgiu em 2005, a versão 1, simplificando em relação às versões Beta, na medida em que eliminou um dos modelos de eixos. A partir desta altura a CIPE® comportou apenas um modelo constituído por sete eixos, o qual servia de base para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções de enfermagem. Os responsáveis pelo desenvolvimento da CIPE® também tentavam cumprir requisitos da Organização Internacional para a Normalização. Foi ainda publicada em 2008 a versão 1.1 da CIPE®, embora apenas na língua inglesa. Esta versão possuía um novo browser na internet e tinha sido atualizada com novos conceitos. Nesta versão surge o primeiro catálogo CIPE®, ideia que vinha a ser pensada desde as versões anteriores. Segundo o ICN (2010, p.19), “os catálogos CIPE® foram visionados como subconjuntos da classificação que se concentrem na especialidade, serviço, quadros clínicos do cliente (por ex. diabetes) ou fenómenos de cuidados aos clientes que fossem sensíveis às intervenções de Enfermagem (por ex. adesão)”. Foi neste ano que a CIPE® foi aceite como classificação relacionada na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde. No ano de 2009 foi publicada a versão 2 da CIPE®, mais atual em Portugal, tendo sido traduzida e publicada para o nosso país em 2010. Mantém o modelo de sete eixos e contém um capítulo com exemplos de enunciados pré-coordenados de diagnósticos, resultados e intervenções, com o objetivo de reutilizar a informação de enfermagem (ICN, 2010).

No intuito de responder aos desafios da informação em enfermagem, particularmente à documentação eletrónica da mesma, a Ordem dos Enfermeiros tem tido uma intervenção fulcral de apoio e orientação para a profissão. A CIPE® é o sistema taxonómico indicado pela Ordem dos Enfermeiros como o mais adequado para documentar informaticamente os cuidados de enfermagem das instituições de saúde em Portugal. Encontrando-se traduzida para 29 línguas, visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (Leal, 2006 e Ordem dos Enfermeiros, 2010). A recomendação de utilização desta classificação pela Ordem dos Enfermeiros deve-se ao facto da CIPE® ser a classificação de maior utilização a nível mundial, a que possui

informações mais completas e a que permite um maior e melhor tratamento da informação armazenada. Segundo esta instituição e,

“tendo em vista maximizar o potencial dos registos electrónicos, designadamente a produção de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade (...) os requisitos de uma prática baseada na evidência, o sistema de informação e os registos electrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).”

(OE, 2007, p.2)

Para o International Council of Nurses (ICN, 1993, referenciado por PAIVA, 2006), a CIPE® é uma classificação que utiliza uma terminologia comum de enfermagem e esta característica é importante para a profissão na medida em que melhora a comunicação intra e interdisciplinar, promove a continuidade dos cuidados, assegura a possibilidade de comparação de dados, permite uma melhor gestão dos recursos humanos de enfermagem em função das necessidades dos clientes, estimula a investigação, dá visibilidade à prática da enfermagem permitindo a influência ao nível das decisões políticas relativas à área da saúde e melhora a comunicação e a tomada de decisão em enfermagem.

Os principais conceitos da CIPE® são os seus sete eixos: Foco, Juízo, Recursos, Acção, Tempo, Localização e Cliente. Sendo o foco a “área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo, dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento)” (CIPE®, 2010, p.35), e o juízo a “opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo, nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal)” (CIPE®, 2010, p.81). É da conjugação destes dois eixos, no mínimo, que surgem os diagnósticos de enfermagem, decisões que o enfermeiro toma em relação às áreas de atenção relevantes para a enfermagem. No entanto, sempre que possível a informação de outros eixos, como a localização e o cliente, deve ser contempladas. Com base no modelo de sete eixos é possível, após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, planear intervenções e resultados esperados, para posterior avaliação, cumprindo assim as etapas preconizadas do processo de enfermagem.

Na era da informatização dos serviços de saúde e no que diz respeito à documentação dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem assumir a sua

posição enquanto elementos vitais neste processo. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (DECRETO-LEI n.º 161/96, p.2961), os enfermeiros deverão propor “protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados”. LEAL enfatiza que,

“as enfermeiras (...) confrontadas com a implementação da informatização dos registos de saúde (...) terão de, rapidamente, encontrar modos de assegurar o seu posicionamento, a fim de não terem de se deparar com a incursão de outros nas tomadas de decisão que lhes dizem exclusivamente respeito, nomeadamente (...) para introduzir os registos de enfermagem, com a dignidade e identidade que merecem, nos sistemas de informação electrónicos.”

(LEAL 2006, p.23)

É importante referir que ao utilizar a CIPE®, enquanto linguagem estruturada, não se pretende padronizar os cuidados de enfermagem, mas sim padronizar a linguagem dos mesmos, mantendo o dever de, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2009), “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”

No capítulo anterior, denominado de fundamentação teórica, foram exploradas determinadas temáticas que considere importantes para sustentar o projeto que pretendi desenvolver e implementar. Estas temáticas foram o cuidado de enfermagem e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o Processo de Cuidados em Enfermagem e a sua documentação recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O aprofundamento destas temáticas beneficiou, para além do desenvolvimento do projeto de melhoria da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem, a aquisição e desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O capítulo seguinte irá descrever e analisar o percurso formativo que permitiu a aquisição dessas competências.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Com o desígnio de cumprir os objetivos traçados foram realizados ensinamentos clínicos de acordo com o cronograma previamente planeado (Apêndice I). Estes contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências. Selecionei os seguintes locais para a realização dos ensinamentos clínicos: Unidade de Neonatologia do Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência e Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Pólo Hospital de São Francisco Xavier, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Cascais e Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida.

Sucintamente, e em relação à escolha dos locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos, o Hospital Garcia de Orta foi pioneiro, na região de Lisboa, na informatização dos registos de enfermagem utilizando linguagem CIPE®. Os enfermeiros deste hospital conhecem bem as etapas do processo de implementação de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando a CIPE®. Puderam também partilhar, fruto da experiência adquirida, as necessidades sentidas e possíveis estratégias para as ultrapassar. A Unidade de Neonatologia deste hospital foi um dos serviços piloto pelo que considereei a sua experiência uma mais-valia para o desenvolvimento do meu projeto. Também os enfermeiros do Serviço de Urgência e Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Pólo Hospital de São Francisco Xavier, possuem uma experiência de criação de um padrão documental dos cuidados de enfermagem e de registo dos cuidados informaticamente, a qual me interessou aprofundar. A escolha pela Unidade de Cuidados Personalizados de Cascais deveu-se ao facto de ser a Unidade de Saúde na Comunidade da área de influência do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, pelo que verifiquei a articulação existente entre o Hospital, o processamento da documentação dos cuidados de enfermagem e pude realizar outras atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências não relacionadas com a documentação dos cuidados de enfermagem. Por último, o ensino clínico no meu local de trabalho onde se desenvolveu e implementou o projeto previsto. Em todos os ensinamentos clínicos pude prestar cuidados de enfermagem a crianças e jovens em vários estádios de desenvolvimento e em diferentes situações, nomeadamente de doença aguda em

contexto de urgência, em internamento prolongado ou mesmo em contexto de visitação domiciliária. Todas estas experiências contribuíram para a minha finalidade de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Nos subcapítulos seguintes, tendo por base os objetivos traçados para o projeto, farei referência às atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos, às aprendizagens que me proporcionaram, e às competências que pude adquirir e desenvolver neste percurso formativo para a obtenção do título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

4.1. O Cuidado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria Orientado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Com o objetivo de adquirir e desenvolver competências durante os ensinos clínicos, através da reflexão da minha prática na prestação de cuidados de enfermagem, orientada pela Teoria de Betty Neuman, realizei as seguintes atividades: prestação de cuidados de enfermagem à díade criança e família em vários contextos, reflexão sobre a documentação dos cuidados de enfermagem e participação na parametrização da documentação dos cuidados de enfermagem na aplicação informática – Desktop de Enfermagem.

Prestei cuidados de enfermagem em vários contextos e analisei a forma como os enfermeiros documentavam informaticamente os cuidados, assim como os consultavam. Analisei as aplicações informáticas SAPE e HCIS, que utilizavam a CIPE® como linguagem classificada. Como tal achei pertinente orientar a minha atenção para a forma como se individualizavam os cuidados de enfermagem a determinado cliente, neste caso, a determinada criança e respetiva família. Ao prestar cuidados de enfermagem e ao analisar a forma como outras instituições documentavam os cuidados de enfermagem apercebi-me, de forma mais precisa, das fragilidades que a aplicação Desktop de Enfermagem possuía e que careciam de resolução. Tive especial atenção ao registo das notas de admissão, pois uma completa colheita de dados permitirá um conhecimento da situação da criança e sua família totalmente diferente e influenciará as restantes fases do processo de enfermagem. A identificação dos stressores presentes no momento da

admissão do sistema (criança e sua família) é fundamental, assim como a percepção de como estes afetam o sistema e a forma como o sistema consegue responder à agressão que provocam. Nesta fase, o enfermeiro pode mesmo antever possíveis stressores que, não estando ainda presentes, poderão vir a agravar a condição de bem-estar da criança e respetiva família. Durante a prestação de cuidados de enfermagem nos vários ensinamentos clínicos, e ao refletir sobre a minha prática orientado pelo modelo de Betty Neuman, tomei consciência da importância de uma criteriosa colheita de dados para conseguir, como enfermeiro, ir ao encontro das necessidades do meu cliente. Nomeadamente, o nível habitual de bem-estar da criança de modo a ter a percepção de quanto é o desvio a esse bem-estar. Este dado é crucial na apreciação inicial da situação de saúde da criança/família para uma correta identificação dos problemas existentes e dos diagnósticos de enfermagem. Por exemplo, se estiver perante uma situação de doença como a diabetes, e de forma a identificar os diagnósticos de enfermagem adequados, procurarei saber se é uma diabetes recém-diagnosticada, ou uma complicação metabólica aguda de uma diabetes anteriormente diagnosticada. Se for uma complicação metabólica aguda, identificarei os stressores que estiveram na sua origem. Por exemplo, stressores físicos provocados por outra patologia associada, ou psicológicos porque a criança não aceita a sua condição de saúde crónica e não adere ao esquema terapêutico. As minhas intervenções, enquanto enfermeiro e com base nestes dados, serão completamente diferentes, pois estarei perante diagnósticos de enfermagem perfeitamente distintos. Por outro lado, é importante identificar como se encontra a linha de defesa flexível do sistema criança/família. Será forte o suficiente para resistir a algumas agressões ou já se encontra tão fragilizada que praticamente não existe e a criança e família já não conseguem encontrar estratégias de coping para responder às adversidades. Quais serão os recursos e fragilidades que o sistema apresenta. Perante a análise destes dados poderei identificar os diagnósticos de enfermagem adequados e definir intervenções de enfermagem segundo os níveis de prevenção preconizados por Neuman.

Nesta altura, refleti sobre a qualidade da colheita de dados, nomeadamente sobre se é ou não suficiente para conhecermos adequadamente o nosso cliente e para elaborarmos um plano de cuidados que reflita as suas verdadeiras necessidades. Comecei também a questionar-me e a transpor os conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman para a realidade dos cuidados. Nos ensinamentos clínicos comecei a orientar a minha prestação de cuidados, nomeadamente a colheita inicial de dados segundo o modelo de Neuman e

decidi que a colheita de dados teria de incidir obrigatoriamente sobre alguns aspetos, como experiências anteriores de hospitalização e a forma como foram vivenciadas. Aspetos do sistema cliente, por exemplo, se a criança frequenta infantário, ama ou fica com familiares na sua rotina diária, como está habituada a adormecer, como lida com a dor se tiver de ser submetida a um procedimento invasivo, que objetos pessoais lhe transmitem segurança, como está a família a lidar com a alteração ao seu bem-estar, que outras agressões enfrentam para além do internamento do seu filho (ex. dificuldades económicas, dificuldades em gerir a dinâmica familiar devido à situação de saúde e internamento do filho). Que recursos existem para apoiar a família, como por exemplo, que pessoas poderão ajudar e apoiar nesta fase, os avós, um amigo. Então essas pessoas poderão, por exemplo, acompanhar a criança no hospital, se forem uma referência para esta, caso os pais se vejam obrigados a se ausentar para responder a outras solicitações, por exemplo outros filhos. O acesso a estas informações da criança e sua família facilitaram, durante os ensinamentos clínicos, o cumprimento das várias fases que compõem o processo de enfermagem, nomeadamente a identificação dos diagnósticos de enfermagem e a prestação de cuidados de enfermagem ao sistema cliente – criança/família. Estes aspetos revelaram-se posteriormente bastante úteis quando comecei a desenhar a parametrização da aplicação informática Desktop de Enfermagem, particularmente a “nota de admissão” na unidade, que englobou todos os aspetos acima mencionados.

A realização da visita domiciliária a recém-nascidos e crianças referenciadas como de risco no âmbito do ensino clínico realizado na comunidade foi outra atividade importante e que me permitiu desenvolver competências na área da saúde infantil e pediatria. Segundo Slomp et al, (2007, p.443),

“a literatura apresenta os seguintes fatores de risco para mortalidade ao nascer: residir em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2500 g); prematuros (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Apgar <7 no quinto minuto de vida); crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; orientações especiais à alta da maternidade/ unidade de cuidados do recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); história de morte de crianças menores de 5 anos de idade na família.”

Revelando-se de extrema importância, uma vez que, tendo em conta os fatores acima descritos, a visita domiciliária permite um contato próximo entre o enfermeiro e a criança/família. Para Leandro e Christoffel (2011, p.229), “um sistema de saúde que se

propõe a cuidar do recém-nascido e de sua família em sua integralidade, deve ir ao encontro de suas necessidades em diferentes dimensões e cenários de atenção à saúde”. Paiva (2007), enfatiza a ideia de que o enfermeiro tem uma função importante no processo dos pais adquirirem competências, as quais são imprescindíveis para o exercício do papel parental, e esta função da enfermagem parece constituir uma “dimensão pró activa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde” (PAIVA, 2007, p.15).

A visitação domiciliária em enfermagem permite também uma intervenção próxima em sistemas clientes, por vezes, já fragilizados e ainda sujeitos a vários agressores. Bolander (1998, p.494), afirma que “a enfermagem no domicílio (...) é de âmbito global, isto é, centrada no indivíduo que requer cuidado e na família ou no sistema de suporte”. Esta atividade permitiu-me ver na realidade várias dimensões do sistema criança/família que, por vezes, não surgem imediatamente aquando do internamento hospitalar, nomeadamente a dimensão cultural ou socioeconómica. Assim como possíveis agressores ao sistema, situações de desequilíbrio que afetam várias variáveis do sistema, nomeadamente condições habitacionais, ausência de suporte familiar, entre outras. Contribuiu bastante para a minha formação, pois permitiu-me sair do ambiente controlado que é o hospital e ter a perspetiva real de algumas situações que alguns grupos desfavorecidos vivenciam no seu dia-a-dia. Identifiquei em uma das visitas domiciliárias falta de conhecimentos e realizei ensinamentos baseados em condições reais das pessoas, nomeadamente utilizei recursos materiais que encontramos nas suas casas, e em conjunto com a família foi reorganizado o espaço físico adequando-o às necessidades da criança. Apercebi-me do quanto temos de adequar os nossos ensinamentos, enquanto enfermeiros, nomeadamente no internamento para que a família consiga responder em determinados contextos. Confrontei-me com o facto de que, por vezes, educamos no hospital a pensar que as famílias possuem determinadas condições, que nem sempre se verificam na realidade. Pode acontecer que as mesmas não consigam depois dar a resposta que esperávamos, pelos mais variados fatores, tais como socioeconómicos ou culturais. Este aspeto conduziu-me novamente para a importância da colheita de dados no hospital ser o mais completa possível, realizando-se continuamente durante todo o internamento, pois o estabelecimento de uma relação de confiança entre a família/criança e o enfermeiro durante o internamento poderá resultar na obtenção de uma determinada informação, que no momento da admissão os mesmos não estariam ainda dispostos a

partilhar. Só assim poderemos dar resposta às verdadeiras necessidades da criança/família que estamos a cuidar, quer isso depois se manifeste, por exemplo, numa estratégia diferente de conduzir a criança/família para determinada aprendizagem, na possibilidade de uma articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários ou mesmo ativando outro apoio da comunidade, em prol de um objetivo comum. Segundo um estudo realizado por Leandro e Christoffel (2011, p.230),

“torna-se essencial que os profissionais de saúde possam ouvir, identificar problemas, compreender, acolher e aconselhar, sem perder de vista que aconselhar não é impor o que se deve fazer, mas apoiar e orientar de forma clara para tentar ajudar nas decisões que precisam ser tomadas. As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias e têm significados dentro do seu contexto social, económico e cultural em que elas se inserem.”

Na minha prestação de cuidados preocupei-me em adequar os ensinamentos, tendo em conta os aspetos acima referidos, nomeadamente privilegiando a escuta, recorrendo a uma linguagem clara, respeitando as crenças e valores do cliente, assim como tive em conta o seu contexto socioeconómico nas orientações dadas.

A análise da conceção do cuidado de enfermagem, através da reflexão dos conceitos-chave do modelo de Betty Neuman e da minha experiência profissional, ajudou a efetivar certos detalhes sobre o conhecimento que o enfermeiro deve ter sobre a criança e família ao seu cuidado, de forma a suprimir as necessidades que a criança e família podem ter. Também contribuiu para me orientar na forma de documentar a informação na aplicação informática, de modo a cumprir os requisitos que esta deve ter, nomeadamente o caráter ético e legal, a promoção da continuidade e da qualidade dos cuidados de enfermagem e a facilitação da tomada de decisão. Como referi anteriormente, a efetivação na prática destes aspetos revelou-se particularmente relevante quando trabalhei a parametrização dos registos na aplicação informática Desktop de Enfermagem, pois procurei que a aplicação informática respondesse às questões que a reflexão anterior me suscitou. A parametrização da documentação dos cuidados de enfermagem na aplicação informática Desktop de Enfermagem foi realizada utilizando linguagem CIPE®. Durante a parametrização, o grupo de trabalho do qual fiz parte e coordenei, teve em conta os agressores presentes e que conduziram a determinados diagnósticos de enfermagem, como por exemplo “dor presente” ou “amamentação comprometida”. Contudo, também foi tido em conta os possíveis agressores que não estando ainda instaurados, facilmente quebrarão as linhas de defesa do sistema

criança/família, podendo a qualquer momento alterar o equilíbrio do sistema, o que resultou na criação de diagnósticos de enfermagem, como por exemplo, o “risco de dor” ou o “risco de aspiração”. O resultado final foi a criação de formas de documentação dos diagnósticos de enfermagem e das respectivas intervenções de enfermagem que o enfermeiro planeia e executa de modo a evitar um maior desequilíbrio do sistema cliente. Perante a experiência obtida e a reflexão realizada sobre os ensinamentos de enfermagem foi também dada bastante relevância, durante a parametrização, às necessidades de aprendizagem da criança e família. Segundo a CIPE® (2010, p.39), a aprendizagem é o “processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência”. Aquando da parametrização o grupo teve em conta estes aspetos, nomeadamente o momento para a sua realização, o destinatário mais adequado e a fase de aquisição de competências em que este se encontra, para que a documentação seja o mais fidedigna possível e de fácil consulta.

Penso que as atividades que realizei contribuíram para reforçar as minhas competências na prestação de cuidados específicos à criança e sua família, adequando os cuidados de enfermagem à situação de saúde e desenvolvimento da criança e promovendo a maximização da saúde, através de uma mudança na forma de conceber a dinâmica do cliente a quem presto cuidados. Anteriormente, quer a nível académico ou profissional, nunca tinha orientado o meu pensamento pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman. As reflexões que fiz sobre a minha prática, agora orientadas por este modelo permitiram-me aprofundar conhecimentos e refletir no sentido de direcionar a minha intervenção para o sistema cliente - criança/família, tendo em conta as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), os stressores envolvidos, as variações ao bem-estar e a capacidade de resposta da díade. Apesar de restrito ao internamento enquanto enfermeiro a trabalhar numa Unidade, a minha intervenção tem de ter em conta inúmeros fatores que interferem na criança e família muito para além do espaço físico do hospital, quer durante a admissão, o internamento ou a preparação da alta. Atualmente penso estar mais atento a todas as variáveis que influenciam ou poderão influenciar a criança/família ao meu cuidado, nomeadamente as variáveis sociais, económicas e culturais, permitindo no meu ponto de vista, uma resposta de cuidados de enfermagem à criança e sua família mais adequada.

4.2. O Processo de Construção do Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem

Um dos grandes motivos por ter optado trabalhar a problemática da documentação dos cuidados de enfermagem foi o facto deste projeto ter requerido aquisição de competências de liderança e de gestão, as quais eu sentia necessidade de desenvolver. As funções de chefia de equipa obrigaram-me a aprofundar conhecimentos nestas áreas, contudo ansiava profissionalmente por um projeto de maior amplitude que me permitisse evoluir e dominar estas competências a um nível superior. Pretendendo responder ao objetivo de desenvolver competências de liderança e gestão de grupos de trabalho, planeei como atividades principais a realização de entrevistas a enfermeiros de referência na área da criação de padrões documentais dos cuidados de enfermagem, a coordenação do grupo de parametrização da documentação dos cuidados de enfermagem na aplicação informática Desktop de Enfermagem, o planeamento e realização de ações de formação (em conjunto com o grupo de enfermeiros que participou na parametrização) para os enfermeiros dos serviços de pediatria do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, a elaboração (em conjunto com o grupo que participou na parametrização) de um guia de orientação que facilitasse a correta documentação dos cuidados de enfermagem e a supervisão da implementação do padrão de documentação na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria.

Em relação às entrevistas realizadas, construí previamente um guião de entrevista, com os objetivos das mesmas e as questões a colocar (Apêndice II). Apliquei-o a três pessoas de referência na área da documentação dos cuidados de enfermagem, encontrando-se as respetivas transcrições das entrevistas em apêndice (Apêndice III). Em comum, estas pessoas, enfermeiras a desempenhar cargos de chefia ou direção, têm o facto de já terem sido elementos impulsionadores de mudança, participando anteriormente em projetos de construção e implementação de padrões de documentação dos cuidados de enfermagem. Os resultados obtidos da análise das entrevistas devolveram-me aspetos importantes, dos quais saliento, como eventuais obstáculos que poderia encontrar:

- Resistência à mudança, falta de formação, não aplicação do processo de enfermagem;

- Modelo biomédico muito presente, podendo conduzir à centralização em demasia por parte dos enfermeiros nas áreas interdependentes;
- Desmotivação da equipa de enfermagem pela duplicação de registos em papel e informaticamente, quando essa duplicação se prolonga no tempo.

Em contrapartida, identifiquei através das entrevistas, algumas estratégias a que poderia recorrer, nomeadamente:

- Formação sobre processo de enfermagem, CIPE® e aplicação informática (Desktop de Enfermagem);
- Criação de um grupo de trabalho restrito para desenvolver a parametrização dos cuidados de enfermagem;
- Englobar faseadamente toda a equipa de enfermagem no processo;
- Promoção de momentos de discussão e partilha em equipa;
- Elaboração de um guia de preenchimento que orientasse a documentação dos cuidados de enfermagem na aplicação informática;
- Enfatizar as intervenções autónomas de enfermagem e os ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Agilizar a eliminação dos registos em papel.

Saliento ainda outros aspetos que emergiram das entrevistas, como o facto de qualquer aplicação informática que documente os cuidados de enfermagem ser meramente uma ferramenta acessória, que deve cumprir determinados requisitos, sendo o essencial o domínio por parte dos enfermeiros do Processo de Enfermagem. Também muito importante é a opinião generalizada das entrevistadas de que um padrão documental nunca se pode dar como terminado, devendo ser alvo de constante evolução e atualizações. Finalmente e numa fase posterior, a realização de auditorias darão a todos os membros da equipa de enfermagem o feedback necessário para corrigir eventuais erros de documentação, melhorar a qualidade dos registos ou mesmo conduzir a sugestões de como melhorar aspetos arquitetónicos da própria aplicação informática. A realização de entrevistas forneceu-me informações pertinentes, tendo a experiência anterior destas pessoas sido uma mais-valia, que permitiu orientar o meu projeto e me ajudou em algumas tomadas de decisões, como os temas a abordar na formação aos enfermeiros da área pediátrica, a breve utilização de registos de cuidados em duplicado e o incentivo, a determinada altura, à participação de todos os enfermeiros do serviço neste projeto. As entrevistas também me ajudaram a antever que, como líder do projeto, teria de

gerir os recursos humanos que dispunha para cumprir os prazos estipulados e acompanhar de perto todas as etapas do processo para garantir o sucesso do mesmo. Teria de estar atento aos possíveis obstáculos para que me alertaram e ciente das estratégias a implementar para os evitar e/ou ultrapassar.

A direção de enfermagem juntamente com a enfermeira coordenadora do projeto a nível global, responsável pela área da pediatria e do adulto, selecionaram um grupo de enfermeiros para construir o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem do hospital. O grupo responsável por desenvolver o padrão de documentação da área da pediatria foi composto por mim, enquanto coordenador desta área, outra enfermeira da Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria e duas enfermeiras do serviço de internamento de Pediatria, de forma a abarcar pessoas com experiências diferentes. Num primeiro momento foi realizada uma formação, a qual todos fomos assistir, sobre Processo de Enfermagem e CIPE®, sendo esta destinada a todos os enfermeiros que iriam trabalhar na construção do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, quer da área da pediatria, quer da área do adulto e idoso, mas também a todos os enfermeiros com cargos de chefia no hospital. Posteriormente foi criado o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem e planeada uma formação para os restantes enfermeiros a exercer funções na área da pediatria. A última atividade realizada foi a elaboração de um guia, cujo objetivo principal é ser uma ferramenta de consulta rápida que oriente os enfermeiros para uma correta documentação dos cuidados de enfermagem. A coordenação do grupo de profissionais que participou em todas as atividades realizadas (criação e parametrização do padrão documental dos cuidados de enfermagem, formação aos enfermeiros da área da pediatria e elaboração do guia) revelou-se uma atividade bastante enriquecedora para a minha formação. Nem sempre fácil, esta atividade obrigou-me a um grande conhecimento da evolução do projeto, a solicitar determinadas atividades a determinadas pessoas por as considerar as mais competentes para tal, a definir prazos para o cumprimento de atividades, a motivar os elementos do grupo para ultrapassar algumas adversidades como o fator tempo ou a gestão, entre os membros do grupo, do horário laboral e o tempo despendido na realização deste projeto.

Após a fase de criação do padrão de documentação, seguiu-se a implementação do mesmo no serviço piloto da área pediátrica, a Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria, e passadas algumas semanas, no serviço de internamento de Pediatria. Estas

fases implicaram uma contínua supervisão, com relatórios sobre o número de crianças cuja documentação já se realizava segundo o novo padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, sobre os diagnósticos de enfermagem presentes e o seu correto uso, tendo em conta as necessidades da criança e família, sobre as principais dúvidas que a maioria dos enfermeiros ainda possuía, sobre aspetos da parametrização que careceram de alterações ou mesmo sobre aspetos arquitetónicos da aplicação informática que também sofreram modificações. Nessa altura houve grande necessidade de articulação entre os coordenadores do projeto e os elementos chave nos serviços, os quais tinham participado na criação do padrão de documentação, e entre os coordenadores e os responsáveis pela aplicação informática de modo a eliminar o mais rapidamente possível qualquer contrariedade que surgisse.

Penso que as atividades desenvolvidas foram suficientes para atingir o objetivo de desenvolver competências de liderança e gestão de grupos de trabalho. De acordo com Tannenbaum et al (1970), citado por Galvão, Trevizan e Sawada (1998, p.303), a liderança "é influência interpessoal exercida numa situação por intermédio do processo de comunicação, para que seja atingida uma meta ou metas específicas". As mesmas autoras acreditam que

"o enfermeiro deverá desempenhar uma gerência voltada para as transformações, ou seja, inovadora, tendo como eixo norteador a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e ainda buscar estratégias que possibilitem maior satisfação para a equipe de enfermagem (...) a liderança consiste em um recurso fundamental para implementar as mudanças requeridas na forma atual de gerenciar do enfermeiro."

(GALVÃO, TREVIZAN e SAWADA, 1998, p.303)

Revendo-me na literatura, a minha intervenção enquanto coordenador deste projeto para a área da pediatria procurou inicialmente incentivar o grupo de trabalho e conduzi-lo com sucesso à criação de um padrão de documentação, que respondesse às necessidades dos clientes a quem prestamos cuidados. Posteriormente, efetivar a mudança e inovar a documentação dos cuidados de enfermagem nos serviços, englobando toda a equipa de enfermagem, e promovendo a satisfação da equipa de enfermagem, a qual relembro também sentia a forma como se registavam anteriormente os cuidados como problemática. Tentei adotar um estilo de liderança democrático coordenando a equipa com sugestões e orientações que promovessem a reflexão e a partilha de experiências/conhecimentos favorecendo o crescimento individual e profissional da equipa de enfermagem. Segundo Marquis e Huston (1999, p.38), "a liderança democrática

(...) promove a autonomia e o crescimento individual nos trabalhadores”. Optei por este estilo de modo a garantir a cooperação de todos os enfermeiros envolvendo-os no projeto, pois só com a participação de toda a equipa de enfermagem, em diferentes fases da implementação do projeto, se alcançou o objetivo de implementar um novo padrão de documentação dos cuidados de enfermagem. Os mesmos autores salientam que este tipo de liderança “é especialmente eficaz quando cooperação e coordenação entre os grupos são necessárias” (MARQUIS e HUSTON, 1999, p.38). Neste processo utilizei estratégias como reconhecer o valor de cada enfermeiro no processo, valorizando as opiniões pessoais como importantes para as tomadas de decisão. Motivei o grupo enfatizando a importância de cada um no trabalho realizado para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e tentei manter um ambiente de trabalho estimulador que permitisse uma produtividade de trabalho bastante satisfatória e que permitisse o alcançar dos objetivos propostos. Marquis e Huston referem importante no desempenho de um papel de liderança,

“reconhecer cada funcionário com um indivíduo único (...), ouvir atentamente os valores individuais e coletivos de trabalho (...), encorajar os funcionários (...) para promover o autocrescimento e a auto-realização (...), dedicar tempo e energia para criar um ambiente que apoie e encoraje aquele indivíduo desestimulado (...), elaborar uma filosofia (...) que reconheça o valor único de cada funcionário.”

(MARQUIS e HUSTON, 1999, p.305)

Finalmente o meu grande objetivo enquanto liderei este projeto foi a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o que penso ter alcançado. Todo este percurso permitiu-me a aquisição de competências do âmbito da melhoria contínua da qualidade, dado o meu papel dinamizador durante a execução do projeto que concebi e geri, com a colaboração da equipa de enfermagem; e também do âmbito da gestão dos cuidados, na medida em que adotei um estilo de liderança e geri os recursos de modo a otimizá-los em prol do objetivo que pretendia alcançar. As maiores aprendizagens ocorreram ao nível da gestão de grupos de trabalho através da motivação dos mesmos, recorrendo ao feedback positivo do trabalho realizado e do seu contributo, quer a nível pessoal, de autocrescimento, quer a nível institucional em prol de determinado objetivo. Enquanto líder do projeto também desenvolvi competências a nível da comunicação, nomeadamente de comunicar de forma mais clara e coerente com o grupo, de escutar atentamente e de demonstrar coerência entre a comunicação verbal e não-verbal. Segundo Marquis e Huston (1999, p.324), o líder deve “comunicar com clareza e precisão

em linguagem que os outros compreendem (...), utilizando a comunicação afirmativa e o escutar atento”, demonstrando coerência na comunicação verbal e não-verbal.

4.3. O Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem e o Recurso à CIPE®

Com o intuito de atingir o último objetivo pretendido, a construção do padrão de documentação da Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do HPP – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, com base em linguagem CIPE®, realizei as seguintes atividades durante os ensinamentos clínicos: consulta da documentação dos cuidados de enfermagem nas aplicações informáticas em uso nas instituições, participação na parametrização do padrão documental dos cuidados de enfermagem para a área pediátrica e participação na elaboração de um guia orientador da documentação dos cuidados de enfermagem.

A oportunidade de consultar a documentação dos cuidados de enfermagem surgiu em dois ensinamentos clínicos, que utilizavam aplicações informáticas distintas, um dos quais, o serviço de Neonatologia do Hospital Garcia de Orta onde consultei a aplicação informática SAPE. Decidi compará-la com a aplicação informática Desktop de Enfermagem e elaborei uma tabela com o resumo das principais semelhanças e diferenças entre ambas (Apêndice IV). Da análise dessa tabela confirmei as falhas que a aplicação Desktop de enfermagem possuía e que estão descritas no capítulo que define a problemática, mas também constatei as potencialidades da mesma, as quais eu poderia aproveitar quando chegasse à fase de parametrização da documentação dos cuidados de enfermagem. Refiro-me à existência de campos de escrita narrativa que permitiriam a individualização dos cuidados de enfermagem a determinada criança e sua família, à existência de campos semelhantes para o registo de aspetos como alertas, especificações técnicas ou notas associadas a determinadas intervenções, à possibilidade de atualização constante do plano de cuidados, à opção de gestão de horários das intervenções de enfermagem e a possibilidade de incorporar na aplicação informática instrumentos de avaliação, tais como escalas, protocolos ou mesmo normas do serviço. Apercebi-me que a aplicação informática se encontrava subaproveitada, pois contemplava aspetos, contudo estes careciam de desenvolvimento. A consulta do SAPE permitiu estabelecer um patamar

mínimo, que gostaria de atingir a nível do que a aplicação informática Desktop de Enfermagem poderia vir a ser, enquanto ferramenta ao serviço da documentação dos cuidados de enfermagem no HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. O segundo serviço, onde consultei a documentação dos cuidados de enfermagem foi o serviço de Urgência e Cuidados Intermédios de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Pólo Hospital de São Francisco Xavier. Neste caso, optei por realizar uma comparação das aplicações HCIS e Desktop de Enfermagem centrada nas etapas do processo de enfermagem. A comparação efetuada, juntamente com os objetivos pretendidos e as principais conclusões encontram-se descritas no apêndice V. Enfatizo que este exercício contribuiu essencialmente para identificar quais os aspetos que as aplicações informáticas já documentavam do Processo de Enfermagem e a forma como o faziam. Estando a aplicação informática Desktop de Enfermagem ainda a um nível inferior, em relação às restantes, consegui observar como as outras operacionalizavam alguns aspetos da documentação e também quais os aspetos que, não estando contemplados em nenhuma das aplicações, era importante incluí-los na fase de produção do padrão de documentação. Este aspeto foi importante, principalmente na fase de parametrização, pois determinados dados parametrizados foram fruto da análise efetuada às diferentes aplicações informáticas, assim como da reflexão do cuidado de enfermagem orientado pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Antes de prosseguir com a parametrização da documentação dos cuidados de enfermagem surgiu ainda uma questão que carecia de resposta rápida. Esta consistia na dúvida sobre se a aplicação Desktop de Enfermagem cumpria os requisitos, emanados pela Ordem dos Enfermeiros, sobre os sistemas de informação em enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros as aplicações informáticas devem cumprir determinados princípios básicos de arquitetura, assim como requisitos técnico-funcionais. No fundo, são um conjunto mínimo de normas que os sistemas de informação em enfermagem devem cumprir, quer sejam desenvolvidos por um organismo oficial como o Ministério da Saúde, quer sejam desenvolvidos por empresas do setor privado. A Ordem dos Enfermeiros destaca seis aspetos principais a ter em conta:

- “1. a CIPE® como referencial de linguagem no SIE;
2. a possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
3. a articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada;
4. a organização das intervenções de enfermagem a implementar;

5. a integridade referencial entre diagnósticos, *status*, intervenções, dados da observação/vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;

6. a capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem.”

(OE, 2007, p.2)

De modo a responder a esta questão foi realizada uma reunião com um engenheiro da empresa Glintt, responsável pela aplicação informática Desktop de Enfermagem e foram analisados os aspetos centrais que a Ordem dos Enfermeiros determinou como essenciais, tendo sido obtida a confirmação de que a aplicação informática cumpria todos os requisitos obrigatórios. O projeto evoluiu então para a criação do padrão documental dos cuidados de enfermagem.

Por questões de força maior e impostas pela Direção do Hospital, a parametrização e criação do padrão documental dos cuidados de enfermagem foi realizada durante o período de uma semana. Perante tal constrangimento, foi decidido iniciar a construção do padrão de documentação, tendo por base os focos de atenção de enfermagem identificados no documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, para a área de assistência da pediatria. Como tal, para a área de assistência pediátrica foram trabalhados os seguintes focos de atenção: adesão ao regime medicamentoso/dietético, amamentação, aspiração, cair, desenvolvimento infantil, desidratação, dor, excesso de peso, malnutrição, medo, parentalidade e úlcera de pressão. Cumprida esta atividade, o grupo de trabalho responsável pela criação do padrão de documentação refletiu sobre a necessidade de inclusão de outros focos de atenção. A reflexão baseou-se na nossa própria experiência, da análise de bibliografia, nomeadamente do livro “Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva” de Whaley & Wong e da análise de padrões documentais dos cuidados de enfermagem de outras instituições que serviram como fontes de discussão. Dessa reflexão, foi sentida a necessidade de incluir no padrão de documentação da pediatria ainda os seguintes focos de atenção: limpeza das vias aéreas, eritema, maceração, termorregulação e vômito. Este aumento do número de focos de atenção adveio da reflexão que o grupo fez sobre as necessidades em cuidados de enfermagem dos nossos clientes, as crianças e respetivas famílias. É importante ainda salientar, que a nível informático é possível os enfermeiros que trabalham na área da pediatria terem acesso aos focos de atenção da área do adulto. Como tal, se sentirem necessidade de utilizar um foco de atenção desta área para dar resposta a uma

criança/adolescente/família, o poderão fazer. Durante todo o processo e, para cada foco de enfermagem, o grupo de trabalho discutiu as seguintes vertentes:

- Autonomia do enfermeiro;
- Sensibilidade aos cuidados de enfermagem;
- Ganhos em saúde.

Foi nosso objetivo criar um padrão documental centrado em diagnósticos de enfermagem, no qual o enfermeiro atua com elevada autonomia, para atingir um determinado objetivo/resultado esperado, de modo a que as suas intervenções conduzam, com a máxima qualidade, à resolução de determinado problema de saúde identificado na criança/família. Este processo deve traduzir ganhos em saúde mensuráveis pela aplicação de indicadores dos cuidados de enfermagem, indicadores esses já identificados no documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem” emanado pela Ordem dos Enfermeiros, como por exemplo a taxa de prevalência de amamentação ou a taxa de prevalência de pais com o diagnóstico de parentalidade comprometida. À medida que íamos criando o padrão, discutíamos em grupo o melhor juízo a atribuir para a formulação de um diagnóstico de enfermagem, as intervenções de enfermagem que poderiam dar resposta a esse diagnóstico, e o modo como se individualizariam essas intervenções, de forma a se poder estabelecer um plano de cuidados devidamente individualizado para determinada criança e sua família. Atribuição de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções de enfermagem, tendo em vista determinados resultados esperados, nunca poderá ser confundido com prestação de cuidados de enfermagem iguais perante diagnósticos iguais. A individualização dos cuidados de enfermagem é imprescindível e a aplicação informática nunca poderá restringir a ação dos cuidados de enfermagem, mas sim ampliá-la do ponto de vista qualitativo. Este aspeto foi sempre tido em consideração pelo grupo de trabalho. É importante salientar que ao parametrizar os dados que os grupos de trabalho optaram por já estarem incluídos na aplicação informática, foram construídas tabelas com algumas opções de escolha rápida, contudo existem sempre, e para qualquer registo, a possibilidade do enfermeiro realizar um registo de escrita narrativa em campo próprio devidamente identificado. Além dos diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, o grupo também criou um conjunto de intervenções que poderão estar ou não associadas a um determinado diagnóstico. Essas intervenções foram divididas em dois grandes grupos, as *atividades diagnósticas*, que no fundo reportam para a colheita

de dados que o enfermeiro executa diariamente, imprescindível para manter o plano de cuidados de uma criança/família atualizado. E as *atitudes terapêuticas* que dizem respeito a todas as intervenções de enfermagem que, apesar de possuírem alguma autonomia, têm um caráter interdependente, por exemplo, por necessitarem de uma prescrição médica prévia.

Construído o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, o projeto seguiu no sentido da realização de um guia orientador que contivesse a definição dos focos de atenção e os critérios de enunciação e de encerramento dos diagnósticos de enfermagem trabalhados. Este guia (apêndice VI), revelou-se uma ferramenta de consulta rápida, útil no período de implementação do padrão de documentação nos serviços.

Sempre confrontado com limites temporais, foi-me impossibilitada a realização de um diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros do serviço, pelo que, foi tomada a decisão de realizar uma formação bastante abrangente, que abarcasse não só os conceitos chave da CIPE, mas também o processo de enfermagem. No sentido de cumprir este requisito foram realizadas várias sessões de formação cuja finalidade foi *“Promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem ao doente/família”*. Os diapositivos utilizados na formação encontram-se em apêndice neste relatório (Apêndice VII). Esta formação foi realizada pelos enfermeiros que participaram na criação o padrão de documentação e destinou-se a todos os enfermeiros a exercer funções na área da pediatria. Pretendeu-se que os enfermeiros refletissem sobre o processo de enfermagem e a forma como o realizavam atualmente. Tentámos afastar os formandos do modelo biomédico, muitas vezes enraizado no processo de pensamento, incutindo-os a pensar no processo de enfermagem, com as várias fases que o constituem, nomeadamente a identificação das necessidades das crianças/famílias em cuidados de enfermagem e a elaboração de diagnósticos de enfermagem utilizando como linguagem a CIPE®.

As atividades que realizei revelaram-se importantes para atingir o objetivo de criação do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem. Permitiram também a consolidação e o desenvolvimento de competências do âmbito da assistência à criança/família na maximização da sua saúde e da prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com a situação de saúde e desenvolvimento da criança. Procurei trabalhar sempre no sentido de responder o mais adequadamente às necessidades em cuidados de enfermagem que a criança/família possa ter. Segundo Paiva (2007), as

necessidades em cuidados de saúde não satisfeitas poderão facilmente evoluir para outras necessidades em cuidados de maior complexidade.

Todo o trabalho desenvolvido exigiu uma constante reflexão da prática e penso que ocorreu uma grande consolidação de conhecimentos ao nível do processo de enfermagem e da CIPE®. Outro aspeto que penso ter sido atingido durante este percurso foi a consolidação do conceito de autonomia do enfermeiro. Segundo o artigo n.º 9 do REPE,

“consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”

(DECRETO-LEI, 1996, p.2961)

Durante a criação do padrão houve grande cuidado em discernir as áreas de atuação de enfermagem autónomas, pois no futuro é pretendido obter indicadores dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para tal é importante que a documentação dos cuidados de enfermagem consiga refletir e facilitar as informações que permitam avaliar esses ganhos.

4.4. Contributos de Outras Atividades Realizadas

Coincidentemente a 6 de Janeiro de 2012 a Ordem dos Enfermeiros organizou o evento “Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efectiva”, cujo programa se encontra anexado a este relatório (Anexo I), e o qual motivou o meu interesse. Resolvi participar no evento com a realização de um póster, o qual foi aceite pela comissão organizadora. O resumo (Apêndice VIII) e maquete do póster (Apêndice IX) encontram-se como apêndices neste relatório. O grande objetivo do póster foi o de demonstrar o percurso até então percorrido com os respetivos focos de atenção trabalhados para a área pediátrica, mostrando os principais documentos que nos guiaram neste processo, assim como os obstáculos com que nos deparámos e as estratégias utilizadas. Para além de me ter permitido partilhar um pouco da minha experiência com o desenvolvimento deste projeto, a participação neste evento foi importante, conduzindo-me a novas aprendizagens. Preocupado em penso em ser competente na prestação de cuidados, constato que, por vezes, não domino certas

questões relacionadas com a profissão a um nível mais global, como por exemplo as políticas de saúde ou a gestão das instituições de saúde e os aspetos relacionados com o financiamento das mesmas. A participação neste evento trouxe-me exatamente isso, a visão de enfermeiros em cargos decisores e de gestores sobre questões que influenciam a minha profissão, despertando-me o interesse por estas temáticas e incentivando-me a futuramente a estar mais atento a estas questões.

Durante um dos ensinamentos clínicos tive ainda oportunidade de assistir a uma conferência sobre imigração e aspetos relacionados com a saúde em Portugal. Esta permitiu-me ter acesso a um leque de informações sobre a população imigrante do concelho de Cascais, nomeadamente dificuldades que sentem na utilização dos serviços de saúde, como a barreira linguística e cultural. Neste encontro foram também exploradas estratégias que os profissionais de saúde podem utilizar como por exemplo, a linha de tradução telefónica, os mediadores culturais que trabalham na Câmara Municipal de Cascais, o desenvolvimento de projetos comunitários ou a disponibilização de informação em várias línguas nas instituições de saúde. Um aspeto bastante positivo para o meu percurso formativo foi o facto de ter aprofundado o meu conhecimento sobre a legislação vigente em Portugal sobre as questões relativas à imigração, assim como recursos e instituições disponíveis e que podem cooperar com os serviços de saúde na resposta às necessidades desta população.

Enquanto enfermeiro considerarei esta atividade benéfica para a minha aprendizagem e para o meu percurso formativo, uma vez que me capacitou para responder melhor perante uma criança/família em situação de desequilíbrio e de alteração do seu bem-estar. A capacitação que menciono deve-se ao facto de ter adquirido um conhecimento de possíveis agressores que a criança/família poderão sentir durante o recurso às instituições hospitalares, assim como das estratégias e dos recursos que posso utilizar para ajudar a restabelecer a homeostasia do sistema criança/família. Penso que aspeto também me permitiu evoluir ao nível das competências do domínio da prestação de cuidados à criança/família no sentido de maximizar a sua saúde, pois conhecendo e compreendendo os aspetos culturais de uma comunidade, o enfermeiro conseguirá estabelecer, no seu Processo de Enfermagem, objetivos realistas, sustentados em diagnósticos de enfermagem precisos e executados através de intervenções de enfermagem adequadas às características do cliente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto revelou-se de extrema importância. Os seus resultados práticos contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade onde exerço a minha atividade profissional e estenderam-se aos restantes serviços hospitalares da área pediátrica do HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. Analisando o código Deontológico que rege a profissão, é minha função enquanto enfermeiro “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” (OE, 2009). Consequentemente, a problemática identificada interferia negativamente na prestação de cuidados, pelo que carecia de intervenção que contribuísse para a melhoria da qualidade. Após a comunicação da mesma, a intervenção necessária surgiu com o desenvolvimento do projeto de criação do padrão de documentação, o qual teve o apoio necessário, quer da equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados, quer das chefias de enfermagem e outros órgãos diretores.

Atualmente a documentação dos cuidados de enfermagem é realizada segundo as etapas do Processo de Enfermagem e recorrendo à linguagem que a Ordem dos Enfermeiros preconiza, a CIPE®. Acredito que as necessidades em cuidados de saúde das crianças e respetivas famílias são mais facilmente colmatadas do que anteriormente. Os processos clínicos encontram-se do ponto de vista documental mais completos contendo informação em quantidade e qualidade superior. Futuramente a obtenção de dados e o tratamento estatístico dos mesmos estará facilitada. A equipa de enfermagem conseguirá obter indicadores de saúde, de acordo com o documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, que permitirão tirar conclusões que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, atingindo assim maiores ganhos em saúde.

Penso que os objetivos planeados foram alcançados, quer a nível organizacional, quer a nível pessoal, através das atividades realizadas nos ensinamentos clínicos. Estas contribuíram através das reflexões sobre a prática de cuidados que desencadearam, das discussões entre pares que despoletaram e da procura de conhecimentos que exigiram, tornando o percurso formativo bastante enriquecedor, e promovendo a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao título de enfermeiro especialista em

enfermagem de saúde da criança e do jovem. Destaco como grandes aquisições as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, com grande ênfase na liderança e gestão de recursos, particularmente a comunicação verbal e não-verbal efetiva e clara, e a motivação de grupos em prol de um objetivo comum. Saliento também o desenvolvimento das competências do domínio da assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, adequando os cuidados de enfermagem às suas necessidades identificadas, assim como aos estádios de desenvolvimento em que se encontram. Considero que desenvolvi um sentido mais crítico em relação a uma utilização mais rigorosa e adequada do processo de enfermagem, afastando-me bastante do modelo biomédico na minha prática profissional. Este aspeto é importante, refletindo-se na minha prestação de cuidados, na medida em que penso conseguir mais facilmente identificar e dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem da criança e sua família, tendo especial atenção à globalidade das situações. De acordo com Benner (2001, p.58), o enfermeiro perito “compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global.”

Para além da melhoria na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, os conhecimentos e experiências adquiridas durante este percurso profissional, permitem-me uma maior confiança na liderança da equipa de enfermagem e também na formação de enfermeiros e/ou alunos de enfermagem.

Diferentes opções poderiam ter sido tomadas e outras atividades realizadas. Por exemplo, não se realizou um diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros, pelo que a formação realizada teve de ser o mais abrangente possível. A própria construção do padrão de documentação poderia ter ocorrido de forma diferente. Por exemplo, os focos de atenção poderiam ter sido distribuídos pelas equipas de enfermagem, ficando estas responsáveis por trabalhar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados. Este processo implicaria um envolvimento diferente, com elementos chave que teriam a função de elos dinamizadores de cada equipa para com o coordenador do projeto. Contudo, todos estes fatores exigiriam um tempo de preparação, de formação, que não era compatível com os prazos estipulados para a concretização do mesmo, pelo que todas as decisões tomadas tiveram o fator tempo como o maior constrangimento. Também não foi encontrado nenhum estudo científico sobre implementação de padrões de documentação dos cuidados de

enfermagem que comprovem qual o método de criação e implementação de um padrão de documentação mais adequado em detrimento de outro.

É importante salientar que o padrão documental dos cuidados de enfermagem nunca poderá ser um produto final dado como terminado e o seu desenvolvimento deverá continuar. As necessidades em cuidados de enfermagem da criança/família não são estáticas e alteram-se no tempo. As necessidades agora identificadas e trabalhadas no âmbito deste projeto poderão alterar-se, assim como outras surgirão. Os enfermeiros têm de estar alerta de modo a intervir, respondendo a essas necessidades o mais adequadamente possível. Consequentemente, o padrão documental dos cuidados de enfermagem terá de refletir essa evolução. Terá de ser dinâmico, fruto de pesquisa bibliográfica, atualização científica e de investigação, de modo a manter-se o mais atualizado possível. Seguir-se-ão outras fases, nomeadamente de auditorias, de formação, e de monitorização e melhoria do próprio padrão documental, sempre com a finalidade de garantir a máxima qualidade dos cuidados de enfermagem.

6. BIBLIOGRAFIA

BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BOLANDER, Verolyn R. (1998) – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.

CARPENITO, Lynda J. (1997) – **Diagnósticos de Enfermagem – Aplicação à Prática Clínica**. 6ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN 85-7307-292-X.

CARPENITO, Lynda J. (1999) – **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação. Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN 85-7307-500-7.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República – I Série-A**. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 205 (04/09/1996). 2959-2962, alterado pelo DECRETO-LEI nº 104/98. **Diário da República – I Série-A**. 93 (21/04/1998). 1739-1757.

DECRETO-LEI nº 308/93. **Diário da República – I Série-A**. 206 (2/09/1993). 4618-4622.

DECRETO-LEI nº 10/93. **Diário da República – I Série-A**. 12 (15/01/1993). 126-129.

FURTADO, Luciana G.; NÓBREGA, Maria M. (2007) – Construction of the base of terms identified in the registers of nursing using of the CIPE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, Goiás. Vol. 9, nº 3. (2007). 630-655.

GALVÃO, Cristina M.; TREVIZAN Maria A.; SAWADA Namie O. (1998) – A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo**. São Paulo. Vol. 32, nº 4 (Dezembro 1998). 302-306.

GARCIA, Telma R.; NÓBREGA Maria L. (2009) – Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Vol. 13, nº 1 (Janeiro-Março, 2009). 188-193.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL (2007) – **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 3ª Edição. Illinois. ISBN 978-1-59940-141-6.

KÉROUAC, Suzanne et al (1996) – **El Pensamiento Enfermero**. Barcelona: Ed. Masson. ISBN 84-458-0365-4.

LEAL, M. Teresa (2006) – **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-20-8.

LEANDRO, Julliana de Souza; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira (2011) – Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis - Santa Catarina. ISSN 0104-0707. Vol. 20, nº especial (2011). 223-231.

LOPES, Manuel J. (1999) – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sóciomoral: alguns dados e implicações**. Évora: Gráfica 2000. ISBN 972 98149-0-2.

LUNNEY, Margaret (2004) – **Pensamento crítico e Diagnósticos de Enfermagem: Estudos de Caso e Análises**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN 85-363-0150-3.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON Carol J. (1999) – **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN 85-7307-496-5.

MARTINS, Tathiana S.; SILVINO, Zenith R. (2010) – Um Marco Conceitual Para o Cuidado à Criança Hospitalizada à Luz da Teoria de Neuman. **Cogitare Enferm**. Rio de Janeiro. Vol. 15, nº 2. (Abril/Junho 2010). 340-344.

MOTA Nancy P.; MELLEIRO Marta M.; TRONCHIN Daisy R. (2007) – A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo. Vol. 9, nº 34. (Janeiro-Março, 2007). 9-15.

NEUMAN, Betty (2010) – **The Neuman Systems Model**. 5rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. 732 p.

OLSSON, P. et al (2009) – Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Gothenburg. Vol. 23, nº 4. (2009). 820-825.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico**. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Sistema de informação em enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 1-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. In: **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. In: **Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 1-10.

PAIVA, Abel (2006) – **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-76-X.

PAIVA, Abel (2007) – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. Lisboa. Nº 55 (Janeiro/Fevereiro 2007). 11-20.

PESUT, H.; HERMAN, J. (1999) – **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. Albany: Delmar.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. (2006) – **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos**. 5ª Edição. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-24-0.

SILVA, Daniel Marques da (2002) – Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. **Millenium**. Viseu. Nº 26.

SLOMP, Fátima M. et al (2007) – Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 41, nº 3 (Setembro 2007). 441-446.

TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Martha R. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**. 5ª Edição. Lusociência: Loures. ISBN 972-8383-74-6.

World Health Organization (2007) – Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation. **Nova Deli: WHO-SEARO**.

Administração Central do Sistema de Saúde (2010) - Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE). **Diretório de Informação em Saúde** [em linha]. (01/10/2010). Acedido em: 03/04/2012. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>.

Administração Central do Sistema de Saúde (2010) - Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde. **Portal de Codificação: Codificação e dos GDH**[em linha]. (31/10/2010). Acedido em: 03/04/2012. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Instituto_de_Gest%C3%A3o_Inform%C3%A1tica_e_Financeira_do_Minist%C3%A9rio_da_Sa%C3%BAde_%28IGIF%29/.

Comissão para a Informatização Clínica – CIC (2011) – O que é a informatização clínica? **Portal da Saúde** [em linha]. (15/12/2011). Acedido em: 03/04/2012. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/informatizacao/conceito.htm>.

SILVA, Pedro e CT, Abílio (2006) – SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. **Forum Enfermagem**. [em linha]. (18/11/2006). Acedido em: 30/04/2012. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2567:sape-sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem&catid=26.

ANEXOS

ANEXO I

Programa do Evento “Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva”, Promovido Pela Ordem dos Enfermeiros



ENFERMAGEM, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE: CIPE® E EXPERIÊNCIAS DE UTILIZAÇÃO EFECTIVA

6 Janeiro 2012 Bloco C3 da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Programa

09h00 Sessão de Abertura

- Enf.ª Maria Augusta Sousa, Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros
- Dr. Manuel Teixeira, Secretário de Estado da Saúde
- Enf.ª Nick Hardiker, *Director of the eHealth Programme*, ICN
- Enf.ª Paulo Parente, Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem do Porto

09h30 CIPE® 2011 – Perspectivas de desenvolvimento em Portugal e no Mundo

- Enf.ª Abel Paiva, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)
- Enf.ª Elviro Jesus, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional da R. A. da Madeira da Ordem dos Enfermeiros (OE)
- Enf.ª Nick Hardiker, *Director of the eHealth Programme*, ICN
- Enf.ª Paulino Sousa, Director do Centro de Investigação e Desenvolvimento de Sistemas de Informação (CIDESI) da ESEP

11h00 Coffee break

11h30 Sistema de Informação em Saúde / Registo de Saúde Electrónico / Enfermagem – Estratégia para o seu desenvolvimento e implementação

- Prof. Dr. João Carvalho das Neves, Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP
- Dr. Raul Mascarenhas, Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
- Prof. Dr. Henrique Martins, Coordenador da Comissão para a Informatização Clínica (CIC)

12h45 Almoço

14h00 Enfermagem, Financiamento, Contratualização e Sistemas de Informação em Saúde – Perspectivas

- Dr. Alexandre Lourenço, Administração Central do Sistema de Saúde
- Prof.ª Dr.ª Ana Escoval, Professora Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública
- Prof. Dr. Carlos Costa, Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública
- Enf.ª Fernando Amaral, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Prof. Dr. António Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João

15h45 Coffee break

16h00 Apresentação de comunicações livres

17h45 Entrega de prémios às melhores comunicações livres e pósteres. Encerramento.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma dos Ensinos Clínicos

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ANOS	2011												2012										
MESES	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO					FEVEREIRO				MAR
DIAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
Locais Ensinos Clínicos	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
Neonatologia do Hospital Garcia de Orta												Férias de Natal											Elaboração e Apresentação do Relatório
Urgência e Internamento de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier																							
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Cascais																							
Unidade de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria do Hospital de Cascais																							

APÊNDICE II

Guião de Entrevista

ENTREVISTA

Objetivos:

- Identificar as etapas do processo de criação do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando linguagem CIPE®
- Caracterizar as etapas do processo de criação do padrão de documentação
- Identificar métodos de avaliação das etapas que compõem o processo de criação do padrão de documentação
- Identificar possíveis obstáculos que poderão surgir durante o processo de criação do padrão de documentação
- Identificar estratégias a utilizar de modo a otimizar a criação do padrão de documentação

Questões?

- Tendo em conta que já participou no processo de criação de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando linguagem CIPE, diga-me, por favor, que etapas compuseram esse processo?
- De que forma e com que periodicidade foram avaliadas essas etapas?
- Porquê a escolha da linguagem CIPE?
- Com que obstáculos se depararam no decorrer do processo?
- Que estratégias foram utilizadas para ultrapassar os obstáculos com que se depararam?
- Se tivesse de intervir num novo processo de construção do padrão de documentação, o que manteria e o que faria de diferente, em relação à sua experiência anterior?

APÊNDICE III

Transcrições das Entrevistas

Entrevista A

Tendo em conta que já participou no processo de criação de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando linguagem CIPE®, diga-me, por favor, que etapas compuseram esse processo?

1ª Fase

- ✓ Seleccionar um grupo de profissionais com elevado nível de competências e conhecimento teórico/prático na área onde vai desenvolver o padrão de documentação a quem é feita formação sobre Processo de Enfermagem e CIPE®.
- ✓ Perceber que aplicação informática vai ser utilizada e desenvolver conhecimentos e competências nessa área.

2ª Fase

- ✓ Este grupo tem a responsabilidade de construir o padrão à luz da actualidade do seu contexto e da comunidade científica (Focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, acções de enfermagem autónomas e interdependentes, vigilâncias, normas e protocolos).
- ✓ Troca de experiencias com outros contextos onde já desenvolveram um padrão documental e a sua aplicabilidade.
- ✓ Envolver gradualmente a restante equipa neste processo com o seu contributo em áreas de atenção específicas, como sejam grupos de trabalho sobre a Dor, Aleitamento Materno, desenvolvimento infantil, etc.

3ª Fase

- ✓ Testar a aplicabilidade no contexto prático para onde foi desenvolvido o padrão, numa fase inicial em formato de papel;
- ✓ Iniciar a sua aplicabilidade gradualmente com nº de doentes definido pelo grupo;
- ✓ Reformulação de acordo com a aplicabilidade.

4ª Fase

- ✓ Auditorias
- ✓ Estudar indicadores de qualidade

De que forma e com que periodicidade foram avaliadas essas etapas?

A avaliação e acompanhamento do desenvolvimento deste processo deve ser feita periodicamente, dependendo do tempo previsto para elaboração e aplicação, pelo formador das etapas atrás mencionadas. Sempre com validação da sua aplicabilidade no contexto onde se está a desenvolver o padrão. Considero que cada serviço deve estabelecer os seus timings, logo no planeamento de todo o processo. Deve ser elaborado um projecto com planeamento de todo o processo, desde a formação à sua aplicabilidade e estabelecer objectivos a curto, médio e longo prazo.

Porquê a escolha da linguagem CIPE®?

Até há bem pouco tempo não existia uma classificação reconhecida pela comunidade. Esta foi desenvolvida, e tem vindo a ser melhorada, sempre no sentido de abarcar a enfermagem no mundo. Só desta forma poderemos ter resultados dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e garantir o registo efectivo dos mesmos. Por outro lado desde sempre foi reconhecida a importância do processo de enfermagem com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente.

Com que obstáculos se depararam no decorrer do processo?

Uma cultura de longos anos de não aplicação do processo de enfermagem. Resistências à mudança pelo desconhecido, muito poucos são os enfermeiros que conhecem a classificação e reconhecem as suas vantagens. O pouco envolvimento dos locais de formação dos enfermeiros torna todo este processo mais moroso.

Que estratégias foram utilizadas para ultrapassar os obstáculos com que se depararam?

- ✓ Formação teórica sobre a classificação e aplicativo informático,
- ✓ Troca de experiencias com outras Unidades,
- ✓ Passagem de alguns elementos da Unidade por outros locais onde já estavam a aplicar a classificação e a usar o aplicativo informático,
- ✓ Envolvimento de toda a equipa,
- ✓ Guia de orientação para elaboração dos registos no aplicativo informático,

- ✓ Iniciar de forma gradual de forma a reformular alguns pontos,
- ✓ Comunicação eficaz com os responsáveis pelo aplicativo informático,
- ✓ Auditorias aos registos, periodicamente (trimestral/semestral), com relatórios e apresentação dos dados à equipa,
- ✓ Estudar indicadores de qualidade, apresentá-los à equipa como forma de incentivo e de dar visibilidade dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Se tivesse de intervir num novo processo de construção do padrão de documentação, o que manteria e o que faria de diferente, em relação à sua experiência anterior?

O que mudaria seria talvez estabelecer critérios de selecção para o grupo duro, responsável pelo desenvolvimento do padrão. Têm que ser pessoas motivadas, que acreditem no que vão incrementar e sejam reconhecidos pela restante equipa como elementos com elevado conhecimento e competências na área. Todo este processo vai depender, em muito, da capacidade do grupo para elaborar e implementar o padrão na Unidade.

Ter uma escola de enfermagem como suporte para desenvolvimento de todo este processo.

Entrevista B

Tendo em conta que já participou no processo de criação de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando linguagem CIPE®, diga-me, por favor, que etapas compuseram esse processo?

Inicialmente analisámos todos os fenómenos e escolhemos aqueles que nos faziam mais sentido para a área pediátrica. Nessa altura dividimos os fenómenos por equipas que trabalharam os fenómenos por áreas (ex. acção) e, periodicamente, os chefes de equipa reuniam-se para discutir o trabalho realizado. Cada equipa trabalhou determinados fenómenos e consequentemente os diagnósticos para esses fenómenos e as intervenções de enfermagem. Quando trabalhámos as intervenções demos conta que faltavam algumas intervenções, nomeadamente relacionadas com os pais, que acabámos por criar e propor ao IGIF e que depois foram aceites. Portanto, cada equipa trabalhou a sua área e depois discutia-se o resultado. Inicialmente como o serviço é composto pelos intensivistas de pediatria e pela neonatologia, pensámos em trabalhar focos diferentes, mas depois chegámos à conclusão que os focos tinham de ser iguais para a pediatria e para a neonatologia. A implementação começou por ser em papel e não informática e com uma criança por sala. Para facilitar o processo dado que o processo em papel torna-se pouco prático e são muitas folhas, pois há diagnósticos que se encerram e que depois têm de se voltar a abrir, houve necessidade de criar uma pasta no computador com diagnósticos de segunda linha, isto é, diagnósticos menos frequentes e que os enfermeiros apenas imprimiam se houvesse necessidade de levantar esse diagnóstico. Isto facilitava porque tornava o processo mais simples e com menos papel no dia-a-dia. Existia também uma folha de auditoria que era preenchida todos os dias, inicialmente por mim e depois alargou-se para os chefes de equipa. Mais tarde e penso que isso também foi muito importante, todos os enfermeiros fizeram auditoria. Naquela altura, no turno da manhã ficavam dois enfermeiros, diferentes todos os dias, de acordo com o horário, destacados para as auditorias e que depois me acompanhavam nesse processo. Foi muito importante envolver toda a equipa nesse processo e acho que isso foi facilitador para a implementação da CIPE® no serviço. Acho que grande parte do sucesso adveio da discussão que houve entre todos os enfermeiros do serviço.

De que forma e com que periodicidade foram avaliadas essas etapas?

As etapas foram avaliadas mensalmente. Quer dizer, eu avaliava todos os dias, como disse anteriormente, mas depois os chefes de equipa reuniam-se mensalmente, comigo e também com a enfermeira chefe e discutíamos os fenómenos, os diagnósticos levantados, porquê levantar aquele diagnóstico a determinado menino e não outro. Quer dizer, discutíamos casos reais e íamos afinando a parametrização.

Porquê a escolha da linguagem CIPE®?

A escolha da linguagem CIPE® foi uma obrigatoriedade. Foi um projecto que o Hospital Garcia de Orta abraçou em 2004 e que necessitou de uma liderança forte. Foi muito importante essa liderança por parte das chefias para conseguir mudar a forma como as pessoas trabalhavam. Começou por dois serviços e a Neonatologia seguiu-se logo, foi dos primeiros. A CIPE® é a classificação que a nossa Ordem preconiza e que os hospitais e serviços têm de aceitar e evoluir. Só assim se pode ter dados para depois trabalhar os indicadores de modo a apresentar resultados.

Com que obstáculos se depararam no decorrer do processo?

O maior obstáculo é que os enfermeiros ainda se centralizam muito nas áreas inter-dependentes. Mas essas estão perfeitamente estudadas e são bastante claras. O Ministério da Saúde sabe perfeitamente o que os enfermeiros fazem inter-dependentemente. Agora se queremos continuar a ser uma licenciatura e uma profissão temos de mostrar a nossa área de autonomia. Temos de mostrar o que os enfermeiros fazem autonomamente e qual o nosso campo de acção. A CIPE® veio ajudar a fazer isto, na medida em que clarifica diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem. Há áreas que são estritamente da competência dos enfermeiros e o estudo dessas áreas através de indicadores como o risco de queda, o risco de aspiração e os indicadores relacionados com o papel parental são importantes enquanto áreas autónomas e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Outro obstáculo foi a resistência à mudança por parte de algumas pessoas. Ainda hoje sei que há registos incorrectos, mas quem os faz, são pessoas facilmente identificáveis e que já o faziam erradamente no passado, mesmo antes da CIPE® estar implementada. São pessoas com uma ideia menos correcta do processo de enfermagem.

Que estratégias foram utilizadas para ultrapassar os obstáculos com que se depararam?

A discussão em equipa e o envolver todos os membros no processo foi fundamental. O facto do processo de implementação não ser de alguém, apesar de haver pessoas mais envolvidas, mas sim do serviço, isto é todas as opiniões foram valorizadas e tidas em conta. A possibilidade de, ao utilizar o sistema, detectar que alguma coisa não é prática e não está bem e poder sugerir alterações, permitiu que existisse uma apropriação do processo por parte de todos.

Outro dos aspectos que facilitou foi a criação de um manual de preenchimento que as pessoas consultavam em caso de dúvida e que foi um recurso que se revelou bastante útil.

Também foi importante, apesar de alguns problemas a nível da gestão dos recursos humanos, existir uma pessoa que neste caso era eu, dedicada apenas a este processo e que ajudava, tirava dúvidas, exemplificava como se fazia diariamente aos colegas.

Se tivesse de intervir num novo processo de construção do padrão de documentação, o que manteria e o que faria de diferente, em relação à sua experiência anterior?

Analisando agora, teria diminuído o tempo em que utilizámos o papel e teria passado mais rapidamente para o aplicativo. A utilização do papel é pouco prática. Sei que houve uma altura em que a equipa já estava desejosa de passar para a aplicação informática. Eu, se calhar, aconselhava a experimentar o papel com um, dois meninos em cada sala, não sei bem como é o vosso serviço. O importante é que todos os enfermeiros passem pelos cuidados a esses meninos de forma a verem como funciona os registos e que rapidamente consigam começar a utilizar a aplicação informática.

Também penso que faria mais auditorias e começaria as auditorias mais cedo. As auditorias permitem identificar os erros nos processos e discutir com as pessoas de modo a melhorar e a facilitar o processo. Não disse há pouco, mas uma estratégia também utilizada foi a supervisão diária dos registos por parte dos chefes de equipa, o que permitia acompanhar os processos das crianças e mantê-los actualizados, assim como discutir com a pessoa que fez o registo de modo a perceber porque é que, por exemplo, tinha levantado determinado diagnóstico. Esta dinâmica permitia a discussão e melhorar a qualidade do processo de enfermagem e do plano de cuidados. No nosso serviço existe o método de enfermeiro de referência. Cada criança e sua família tem um enfermeiro de

referência e esse enfermeiro era também responsável por auditar o processo dessa criança para que este estivesse correctamente preenchido e o plano actualizado. Penso que este método do enfermeiro de referência funciona muito bem e foi também facilitador.

Entrevista C

Tendo em conta que já participou no processo de criação de um padrão de documentação dos cuidados de enfermagem utilizando linguagem CIPE®, diga-me, por favor, que etapas compuseram esse processo?

O projeto teve início com a formação a um pequeno grupo de elementos chave no Hospital. Essa formação incidiu sobre a CIPE® e também sobre a utilização do SAPE, e este grupo ficou responsável pela implementação do projeto a nível hospitalar. Posteriormente, cada serviço seleciona um pequeno grupo de enfermeiros para trabalhar a parametrização dos cuidados de enfermagem. Este trabalho deve ser realizado por um grupo restrito de pessoas com formação em CIPE® de modo a facilitar a discussão em grupo e a obter-se consensos de forma mais rápida. Da minha experiência constato que grupos grandes tendem a dispersar-se. Foi elaborado um plano com datas a cumprir para a implementação do padrão de documentação no serviço. Após a criação do padrão de documentação seguiu-se uma fase de formação aos enfermeiros aqui do serviço de urgência e posteriormente iniciaram-se os registos em suporte de papel e faseadamente. Não se iniciaram os registos na aplicação informática a todas as crianças ao mesmo tempo, começamos por uma e depois fomos aumentando, ao mesmo tempo que a equipa de enfermagem sentia dominar melhor a nova forma de registar os cuidados de enfermagem. Por último, o grupo foi avaliando de perto o processo e promoveu as alterações que achou pertinentes para melhorar a documentação dos cuidados.

De que forma e com que periodicidade foram avaliadas essas etapas?

A implementação de todo o processo foi alvo de avaliação por parte dos profissionais que participaram na criação do padrão de documentação. É muito importante que o resultado das auditorias aos registos de enfermagem seja transmitido à equipa de enfermagem. O grande objetivo é que esta possa melhorar continuamente a qualidade dos registos.

Porquê a escolha da linguagem CIPE®?

A utilização da CIPE® não foi uma decisão nossa. É a nossa Ordem que dá essa orientação. Aliás após as instituições de saúde pagarem o licenciamento de utilização da CIPE® à Ordem dos Enfermeiros poderão utilizar o SAPE de forma gratuita. Mas o SAPE carece de atualização dado que integra uma versão antiga da CIPE®, a Beta 2. Este hospital, aquando a elaboração do caderno de encargos, teve em conta nesse caderno o

desenvolvimento de uma aplicação informática para a documentação dos cuidados de enfermagem, o que levou ao desenvolvimento da aplicação HCIS que pertence ao grupo HP.

A aplicação informática é uma ferramenta que deverá ser utilizada por dois prismas, o da prestação de cuidados que irá permitir um incremento na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; mas também deve ser encarada como uma ferramenta para a gestão. Realizando este tipo de registos de enfermagem, em aplicações informáticas e utilizando linguagem CIPE®, podemos ter dados e indicadores que permitem a racionalização dos recursos humanos e, muito importante, dar visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Com que obstáculos se depararam no decorrer do processo?

O maior obstáculo foi o facto do modelo biomédico e os diagnósticos médicos se encontrarem ainda muito enraizados no pensamento dos enfermeiros e isto dificulta o processo de pensamento dos enfermeiros no sentido de criar diagnósticos de enfermagem, com as respetivas intervenções associadas e resultados esperados. Os enfermeiros têm de dominar o processo de enfermagem, pois o aplicativo informático é um acessório que deve cumprir determinados requisitos, mas o que os enfermeiros devem claramente dominar é o processo de enfermagem. Também a duplicação de registos, que ocorreu numa fase transitória em papel e no computador, acabou por ser um obstáculo, pelo que a passagem para a utilização única do formato digital deve ser agilizada. A utilização da CIPE® em papel obriga a grandes quantidades de papel para o registo dos cuidados de cada criança, não é prática e se começar a arrastar-se no tempo, a equipa de enfermagem pode desmotivar e não aderir tão facilmente ao processo.

Que estratégias foram utilizadas para ultrapassar os obstáculos com que se depararam?

O acompanhamento de perto é muito importante, todos os dias analisávamos como estava a decorrer o processo. Para além disso, enfermeiros responsáveis, que participaram no grupo inicial que construiu o padrão, reuniam-se periodicamente para analisar a evolução da implementação do projeto. As auditorias também ajudaram e deram o feed-back à equipa sobre o que estava a correr bem e o que necessitavam de melhorar. Outro aspeto facilitador foi a criação de um guia com critérios de abertura e encerramento de diagnósticos de enfermagem. Este guia revelou-se uma ferramenta útil,

no sentido de orientar os profissionais na sua prática profissional. Acima de tudo é importante a dado momento o envolvimento de toda a equipa de enfermagem para que a mudança nos registos dos cuidados ocorra e para que o projeto tenha êxito.

Se tivesse de intervir num novo processo de construção do padrão de documentação, o que manteria e o que faria de diferente, em relação à sua experiência anterior?

A grande diferença que provavelmente faria seria, como disse anteriormente, agilizar a passagem pelo registo dos cuidados em suporte de papel. A utilização da CIPE® em suporte de papel revelou-se pouco facilitadora e embora necessária num período inicial, a passagem para o registo informático foi um passo importante e que facilitou o processo.

APÊNDICE IV

Comparação das Semelhanças e Diferenças entre as Aplicações Informáticas SAPE e
DESKTOP DE ENFERMAGEM

Comparação das Semelhanças e Diferenças entre as Aplicações Informáticas SAPE e DESKTOP DE ENFERMAGEM

Semelhanças	Diferenças
<p>Apesar de um visual diferente, muito da arquitetura dos programas é semelhante, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de registar notas associadas / gerais em campos de escrita narrativa, não limitando o enfermeiro apenas ao registo padronizado • Existência de campos semelhantes para registo/consulta de dados como: <i>as atitudes terapêuticas, os alertas, as notas associadas, as notas gerais e a consulta de vigilâncias e de monitorizações</i> • Existência de intervenções, algumas já em linguagem CIPE® 	<p>Ausência de diagnósticos de enfermagem com intervenções associadas no programa da Desktop de Enfermagem. A Desktop de Enfermagem possui espaço para levantar diagnósticos de enfermagem com linguagem CIPE, no entanto os campos são muito redutores, quer a nível dos focos de atenção, quer ao nível do juízo dos mesmos de modo a formular diagnósticos de enfermagem. No SAPE os focos estão identificados e os juízos permitem a formulação de diagnósticos com intervenções de enfermagem associadas (mais frequentes), sendo ainda possível acrescentar ou eliminar intervenções dependendo da situação.</p>
<p>Gestão do horário das intervenções de enfermagem (dias, turnos, horas)</p>	<p>SAPE possui campo para o registo de <i>especificações</i> como calibre e posicionamento de sondas (traqueais e gástricas), cateteres (arteriais e venosos).</p>
<p>Possibilidade de atualização constante do plano de cuidados para a criança/família</p>	
<p>Possibilidade de incorporar no programa instrumentos de avaliação como escalas de dor, estado consciência, risco de queda, risco de úlcera, assim como protocolos e normas do serviço para facilitar a consulta.</p>	<p>SAPE é mais facilitador na seleção dos horários. A Desktop de Enfermagem tem mais opções, mas são mais confusas e menos práticas</p> <p>A Desktop de Enfermagem tem englobada a prescrição médica, não sendo necessário efetuar transcrições.</p>

APÊNDICE V

Comparação das Aplicações Informáticas HCIS e Desktop de Enfermagem Centrada nas
Etapas do Processo de Enfermagem

OBJECTIVOS:

- Identificar se os programas informáticos (HCIS e Desktop de Enfermagem) para registo dos cuidados de enfermagem englobam as etapas do processo de enfermagem
- Identificar semelhanças e diferenças entre a estrutura e conteúdo dos programas informáticos HCIS e Desktop de Enfermagem
- Definir linhas orientadoras que permitam o fortalecimento da tomada de decisão para a parametrização dos registos de enfermagem no programa informático Desktop de Enfermagem

COMPARAÇÃO DAS APLICAÇÕES HCIS E DESKTOP DE ENFERMAGEM CENTRADA NAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Etapas	HCIS	Desktop de Enfermagem
<p>Avaliação Inicial</p> <p><i>Processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados, a partir de diversas fontes e que conduzirá à criação de um conjunto de informações acerca do utente e pessoas significativas. As informações colhidas serão utilizadas na identificação de necessidades satisfeitas e não satisfeitas e no estabelecimento de um plano de cuidados.</i></p> <p>Tipos de informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demográfica: idade, morada, naturalidade • Sintomas e preocupações actuais • Reacção à doença, bem como expectativas e finalidades relacionadas com o resultado dos cuidados de saúde • Perfil do utente, incluindo descrição da pessoa e das suas actividades diárias típicas 	<p>Estes dados encontram-se devidamente identificados</p> <p>No campo “motivo de internamento” são colocados estes aspectos de forma aberta</p> <p>Este aspecto não está explícito na avaliação inicial, embora depois seja trabalhado no plano de cuidados. Contudo poderá ser incluído num campo de resposta aberta</p> <p>Contempla algumas opções para incluir estes dados no campo “comportamento/hábitos”, contudo existe sempre opção de campo aberto para o utilizador</p>	<p>Estes dados encontram-se devidamente identificados</p> <p>No campo “motivo de internamento” são colocados estes aspectos de forma aberta</p> <p>Este aspecto não está explícito na avaliação inicial. Poderá ser incluído num campo de resposta aberta</p> <p>A colheita de dados neste aspecto poderá ser melhorada de forma a caracterizar melhor a criança, contudo existe opção de campo aberto</p>

<ul style="list-style-type: none"> • História social e cultural, incluindo a descrição da ocupação, grau de instrução, pessoas significativas, crenças espirituais e filiações sociais do utente • História clínica, incluindo hospitalizações cirurgias e doenças anteriores, medicação habitual, problemas crónicos de saúde e alergias • Padrões e capacidades de comunicação interpessoal • Estratégias de coping (adaptação) 	<p>Existem campos para colheita destes dados na opção de “caracterização familiar”</p> <p>Existem campos identificados para a recolha destas informações utilizando escrita narrativa – “História de saúde”</p> <p>Estes dados poderão ser preenchidos em campo aberto, não existindo nenhum campo explícito de recolha</p> <p>Referência a pessoas e objectos significativos que possam ajudar e dar segurança. Apresenta algumas opções de escolha.</p>	<p>A avaliação inicial contempla a colheita desta informação – “Dados pessoas e Familiares”</p> <p>Existem campos identificados para a recolha destas informações utilizando escrita narrativa – “Antecedentes Pessoais”</p> <p>Existe um campo de preenchimento de dados que abarca a “interacção social”. Aborda alguns aspectos como a interacção da criança com a equipa de saúde (ex. introvertida, extrovertida), e se a criança frequente infantário, escola, ou outro local. Existe também um campo de observações para registo de alguma informação pertinente</p> <p>Referência a pessoas e objectos significativos que possam ajudar e dar segurança</p>
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para o autocuidado, incluindo a capacidade de realizar as actividades da vida diária tais como alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilidade • Estado mental e emocional, incluindo as reacções a agentes de stress reais e potenciais, humor e afectividade habituais, autoconceito, imagem corporal, processo de pensamento (ordenado, desordenado, racional), interesses e motivações, aceitação dos riscos, comunicação não verbal (postura, movimentos das mãos e expressão facial), reconhecimento dos sentimentos e modo de os gerir, e orientação no tempo, espaço e em relação a si • Toxicodependência, tal como o uso de substâncias químicas que alteram o humor, incluindo drogas ilegais e álcool, abuso de medicamentos prescritos e de venda livre e dependência do tabaco e da cafeína • Factores ambientais, incluindo o ambiente doméstico quanto à existência de água canalizada, escadas e outros, bem como a necessidade de mecanismos de assistência, como andarilhos, bengalas, próteses auditivas e óculos 	<p>Contempla o preenchimento destes dados</p> <p>Não existe campo para colocar estes dados, podendo o enfermeiro fazer referência aos mesmos em campo aberto e em texto corrido</p> <p>Não existe campo para colocar estes dados, podendo o enfermeiro fazer referência aos mesmos em campo aberto e em texto corrido</p> <p>Referência ao ambiente doméstico, nomeadamente o saneamento básico. Outras características como existência de escadas e a utilização de próteses não têm campo próprio, tendo a sua inclusão ter de ser realizada em campo aberto</p>	<p>Contempla o preenchimento destes dados</p> <p>Não existe campo para colocar estes dados, podendo o enfermeiro fazer referência aos mesmos em campo aberto e em texto corrido</p> <p>Não existe campo para colocar estes dados, podendo o enfermeiro fazer referência aos mesmos em campo aberto e em texto corrido</p> <p>Referência ao ambiente doméstico, nomeadamente o saneamento básico. Outras características como existência de escadas e a utilização de próteses não têm campo próprio, tendo a sua inclusão ter de ser realizada em campo aberto</p>
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> Necessidades educacionais, tais como insuficiência de conhecimentos revelada através de processos de entrevista ou por observação 	Registo em campo aberto	Existe um campo que aborda explicitamente estas questões, embora seja fechado e depois de seleccionada uma opção não permite aprofundar a colheita de dados
<ul style="list-style-type: none"> Fatores para o planeamento da alta, tais como o local para onde a pessoa irá após a alta dos serviços de saúde e com quem irá viver a pessoa, conhecimentos dos recursos da comunidade e acessibilidade de transportes, comércio e serviços de saúde 	Registo em campo aberto	Registo em campo aberto
<ul style="list-style-type: none"> Factores biofísicos, incluindo a revisão dos principais sistemas orgânicos 	Dados contemplados em campo – “Avaliação física”	Colheita de dados pouco explorada neste aspecto, nomeadamente para a área da Pediatria, embora no adulto este trabalho esteja realizado
<ul style="list-style-type: none"> Testes laboratoriais e diagnósticos 	Registo em campo aberto	Existe um campo que aborda explicitamente estas questões
<ul style="list-style-type: none"> Na pediatria - História pré-natal e obstétrica, imunizações, as observações relativas à interacção entre pais e filhos, as relações com os pares e o crescimento e o desenvolvimento <p>A colheita de dados do enfermeiro centra-se na percepção do utente, quanto à doença, e na sua resposta física, psicológica e emocional a essa mesma doença. Explora as reacções individuais aos problemas actuais, aos sintomas presentes e a anteriores problemas de saúde.</p>	Registo em campo aberto, à excepção do registo sobre actualização ou não do PNV	Registo em campo aberto, à excepção do registo sobre actualização ou não do PNV

<p>Diagnóstico</p> <p><i>Decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos de vida quer estes sejam reais quer sejam potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a selecção das intervenções de enfermagem que permitem atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Análise e interpretação dos dados previamente colhidos, sendo que estes são informações objectivas ou subjectivas obtidas durante a avaliação inicial <p>Os dados diagnósticos são evidências clínicas que descrevem um conjunto de comportamentos, ou sinais e sintomas, representantes de determinado diagnóstico. São concretos e mensuráveis através da observação ou dos registos sobre o utente/grupo e podem ser classificáveis (major, minor).</p> <p>O potencial de realização de um diagnóstico de enfermagem rigoroso aumenta ao conjugar um conjunto de dados, em vez de se basear num único dado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização e validação de inferências – atribuição de significado a um dado ou conjunto de dados • Comparação de dados e conjuntos de dados com as características definidoras – definição clara e precisa de um determinado diagnóstico o que permite a diferenciação entre diagnósticos similares 	<p>Contempla a formulação e o registo de diagnósticos atendendo aos focos de enfermagem e utilizando a linguagem estruturada - CIPE</p>	<p>Inexistência de registo de diagnósticos de enfermagem, apesar da identificação destes pelo enfermeiro</p>
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de factores relacionados – condições ou circunstâncias que podem ser causa ou contribuir para o desenvolvimento de um diagnóstico. Podem ser de ordem ambiental, psicológica, psicossocial ou espiritual e podem contribuir para o desenvolvimento do problema. Devem ser mutáveis ao longo da intervenção de enfermagem • Registo do diagnóstico de enfermagem – utilização de uma linguagem estruturada (CIPE) 		
---	--	--

<p>Planeamento</p> <p><i>A finalidade do planeamento dos cuidados é a utilização, o mais correcta possível, dos recursos, no sentido de ajudar a pessoa a atingir os resultados desejados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer prioridades – ordenação dos diagnósticos por alta, média ou baixa prioridade. Negociação mútua de prioridades • Determinar resultados esperados e estabelecer limites temporais para o seu cumprimento – Podem ser definidos para diversos aspectos do estado de saúde da pessoa (estado fisiológico, psicossocial, medidas funcionais, conhecimento, controlo dos sintomas, manutenção doméstica, segurança). São descrições concretas do tipo de comportamento que a pessoa adoptará se o plano de cuidados for bem sucedido. Os resultados esperados devem ser realistas, aceitáveis pela própria pessoa e congruentes com os planos de toda a equipa de saúde • Formular um plano de acção – selecção de intervenções que capacitam o utente para atingir os resultados esperados e para solucionar o factor relacionado no diagnóstico de enfermagem (autónomas e interdependentes). Cada intervenção tem cinco componentes: data, verbo de acção específico, actividade prescrita, unidades de tempo ou frequências e assinatura do enfermeiro 	<p>Informaticamente os diagnósticos não são ordenados por ordem de prioridade, contudo o enfermeiro estabelece essa prioridade e negocia</p> <p>Registo dos resultados esperados, no entanto sem limite temporal</p> <p>Existência de um plano de acção individualizado para cada criança/família. Existem intervenções associadas a cada foco de atenção, contudo existe a liberdade de as eliminar ou mesmo</p>	<p>Inexistência de diagnósticos de enfermagem</p> <p>Não há referência aos resultados esperados</p> <p>Existem intervenções numa base de dados que são levantadas uma a uma, não estando associadas a diagnósticos e que nem sempre cumprem as componentes descritas</p>
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Escrever o plano de cuidados de enfermagem 	<p>acrescentar novas caso se justifique. As intervenções cumprem as componentes descritas</p>	
--	---	--

<p>Execução</p> <p><i>Assenta nas competências cognitivas, interpessoais e técnicas do enfermeiro. A tomada de decisão, a observação e a comunicação são competências significativas, que realçam o sucesso da acção. Estas competências são usadas com o utente, com o enfermeiro, com os membros da equipa de enfermagem e com os membros da equipa de saúde.</i></p> <p>Principais responsabilidades na execução dos cuidados de enfermagem incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão das intervenções planeadas visando a sua adequação • Calendarização e organização das intervenções • Colaboração com outros membros da equipa • Supervisão e delegação dos cuidados de enfermagem a outros membros da equipa • Prestação directa dos cuidados de Enfermagem • Aconselhamento dos cuidados de enfermagem prestados • Envolvimento do utente nos cuidados de saúde • Ensino ao utente e família • Encaminhamento para outros profissionais de saúde • Registo 	<p>Realizado a cada turno</p> <p>As intervenções são calendarizadas no tempo</p> <p>À excepção do registo sobre supervisão e delegação dos cuidados a outros membros da equipa, todos os outros pontos são tidos em conta</p>	<p>Realizado a cada turno</p> <p>As intervenções são calendarizadas no tempo</p> <p>À excepção do registo sobre supervisão e delegação dos cuidados a outros membros da equipa, todos os outros pontos são tidos em conta. Muitas vezes e de modo a compensar alguns deficits das intervenções que existem actualmente na base de dados, recorre-se frequentemente a notas de texto corrido para cumprir os critérios previstos</p>
---	---	---

<p>Avaliação</p> <p><i>Implica a utilização de decisões de enfermagem para identificar as respostas do utente aos cuidados de enfermagem e o sucesso do plano para atingir os resultados esperados. Diferencia-se da avaliação inicial, pois esta consiste na recolha de informação que conduzirá à criação de diagnósticos de enfermagem, enquanto que nesta etapa se faz uma comparação entre o estado actual do utente e os resultados esperados. Toma-se uma decisão relativa ao grau com o qual foram atingidos os resultados e acerca da continuação, modificação ou interrupção do plano de cuidados.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diz respeito aos resultados esperados do utente • Avalia a situação do utente e compara os resultados reais e os resultados esperados • Resume os resultados da avaliação – ex. diagnóstico de enfermagem resolvido, não resolvido, evidência de novos diagnósticos ou mesmo erro de diagnóstico • Identifica as razões de insucesso em atingir os resultados esperados • Adota as medidas correctivas necessárias à modificação do plano de cuidados • Regista o balanço entre os resultados atingidos pelo utente e as modificações do plano de cuidados – notas de evolução / modificação do plano de cuidados 	<p>Existe campo específico de avaliação dos resultados em que se atribui um juízo e uma ponderação numérica (1-5) de modo a transmitir a ideia da eficácia das intervenções de enfermagem</p> <p>O plano de cuidados é actualizado frequentemente</p> <p>No campo “Seguimentos” podemos aferir os resultados já alcançados com as modificações e actualizações ao plano de enfermagem</p>	<p>Inexistência de uma avaliação estruturada, na medida em que não existem diagnósticos, nem resultados esperados, mas apenas intervenções. Consequentemente todo este raciocínio que é realizado pelo enfermeiro na sua prática não se encontra registado, à excepção das actualizações que são efectuadas às próprias intervenções de enfermagem (encerradas, levantadas, alterações horário)</p>
--	---	---

CONCLUSÕES

Globalmente o aplicativo informático HCIS dá uma melhor resposta ao que está preconizado existir no processo de cuidados de enfermagem de um utente. Numa análise inicial salienta-se logo o facto de encontrarmos todas as etapas do processo de enfermagem no aplicativo da HCIS, algo que não acontece no aplicativo Desktop de Enfermagem.

Uma análise mais pormenorizada mostra que ambos os aplicativos possuem campos para realizar a avaliação inicial ao utente. Sendo mesmo a avaliação inicial a etapa que mais se aproxima nos dois aplicativos. Na avaliação inicial de ambos os aplicativos, existem campos para registo de dados previamente parametrizados, como os dados demográficos, dados referentes à história social e cultural, os sintomas e motivo de internamento, a história clínica, factores biofísicos, alguns dados referentes aos hábitos de vida e factores ambientais como a existência ou não de saneamento básico. Contudo existem muitos dados em ambos os aplicativos que não se encontram previamente parametrizados para orientar a resposta ou mesmo permitir uma selecção rápida. Englobam-se neste grupo informações como a reacção à doença e os padrões e capacidades de comunicação interpessoal, embora neste aspeto o aplicativo Desktop de Enfermagem já possua algumas opções de resposta permitindo-nos uma melhor percepção das capacidades de comunicação/interacção que a criança/jovem poderá ter. Penso que uma falha que ocorre nos dois aplicativos a nível da colheita de dados é o facto de nenhum questionar sobre a necessidade da criança/jovem utilizar próteses oculares, auditivas ou outras.

Em relação às estratégias de coping, constata-se o contrário estando o aplicativo HCIS melhor desenhado para dar esta resposta (apresenta maior número de opções) que o aplicativo Desktop de Enfermagem, pois este apenas questiona o utilizador sobre a existência ou não de pessoas e objectos de segurança para a criança/jovem. Informações sobre o estado mental e emocional também não têm um campo próprio de preenchimento, assim como informações relacionadas com toxicodependência. Este aspecto da dependência de substâncias viu a sua importância acrescida com a mudança da lei que determinou a idade pediátrica como sendo os 18 anos menos um dia, na medida em que abrange o período da adolescência.

Fatores para o planeamento da alta não têm um campo específico em nenhum dos aplicativos. Saliento que quando não existe nenhum campo específico, isto é,

parametrizado para receber determinada informação, existe sempre a opção de realizar esse registo num dos vários campos de escrita narrativa denominados de “outros”, “observações”, “notas”. Contudo a parametrização alerta os enfermeiros para colher determinados dados importantes evitando o esquecimento e a perda de informação.

As diferenças mais marcantes entre os dois aplicativos ocorrem nas etapas seguintes do processo de enfermagem, em que o aplicativo HCIS se destaca pela positiva ao contrário do aplicativo Desktop de Enfermagem. Perante os dados colhidos, o aplicativo HCIS permite a formulação de diagnósticos de enfermagem utilizando a CIPE® dando continuidade ao processo de enfermagem. Esses diagnósticos encontram-se devidamente registados no processo do utente, algo que não acontece no outro aplicativo em que não há nenhum registo de qualquer diagnóstico de enfermagem apurado. Desta forma o processo de enfermagem segue um percurso de documentação do mesmo erróneo no aplicativo Desktop de Enfermagem, o mesmo não acontecendo no HCIS, onde é possível traçar documentar um plano de acção com intervenções adequadas para cada diagnóstico de enfermagem. Desta forma, enquanto que no aplicativo HCIS todo o processo de enfermagem se encontra documentado, pois após avaliação dos cuidados de enfermagem, o plano de cuidados poderá facilmente ser actualizado dando origem a novos diagnósticos, manutenção dos diagnósticos que ainda se justificam ou mesmo encerramento de diagnósticos de enfermagem por se ter alcançado os resultados esperados. No aplicativo Desktop de Enfermagem todo este processo de pensamento não é claro, uma vez que as etapas do processo de enfermagem não existem do ponto de vista documental, penalizando a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem.

Em busca de inovação e de uma maior qualidade urge rapidamente alterar a forma de documentar os registos de enfermagem no aplicativo Desktop de Enfermagem, para que o mesmo englobe todas as etapas do processo de enfermagem utilizando a CIPE®, tal como acontece no aplicativo HCIS, nomeadamente através da identificação dos focos de atenção de enfermagem, dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes e suas intervenções associadas, da elaboração de um plano de cuidados individualizado e conhecido por toda a equipa de enfermagem, passível de ser modificado e actualizado constantemente. No decorrer deste trabalho de desenvolvimento do aplicativo poderão ser parametrizadas mais opções ao nível da colheita inicial de dados de modo a torná-la mais completa.

BIBLIOGRAFIA

BOLANDER, Verolyn R. (1998) - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.

APÊNDICE VI

Guia Orientador da Documentação dos Cuidados de Enfermagem



CIPE®, Versão 2

Guia para a Operacionalização do Padrão Documental na Área de Assistência da Pediatria

Elaborado por: Enf^a Bárbara Teixeira, Enf.^o Gonçalo Silva e Enf^a Patrícia Pereira, Enf^a Tânia Teixeira

Revisto por: Enf^a Dulce Gonçalves, Enf.^o Gonçalo Silva

Coordenação do Projecto: Enf^a Dulce Gonçalves

Dezembro de 2011

Índice

Introdução	4
ASPIRAÇÃO	6
Aprendizagem: Aspiração	6
AMAMENTAÇÃO	8
Aprendizagem: Amamentação.....	8
CAIR	10
Aprendizagem: Cair	11
DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	12
Aprendizagem: Desenvolvimento Infantil.....	13
LIMPEZA DAS VIAS ÁREAS	14
Aprendizagem: Limpeza das Vias Aéreas.....	14
DOR	16
Aprendizagem: Dor	17
ÚLCERA DE PRESSÃO	18
Aprendizagem: Úlcera de Pressão	19
EXCESSO DE PESO.....	20
Aprendizagem: Excesso de Peso	20
CONFORTO	22
ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	23
Aprendizagem: Aceitação do Estado de saúde.....	24
ADESÃO	25
Aprendizagem: Adesão	26
VÓMITO.....	27
Aprendizagem: Vômito	27
PARENTALIDADE.....	29

Aprendizagem: Parentalidade.....	30
TERMORREGULAÇÃO	31
Aprendizagem: Termorregulação	31
MEDO	33
Aprendizagem: Medo.....	33
ERITEMA	35
Aprendizagem: Eritema.....	35
MACERAÇÃO	36
Aprendizagem: Maceração	37
ANEXOS – AUTOCUIDADOS (Core dos Adultos).....	38

Introdução

No âmbito do projecto de implementação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no HPP-Hospital de Cascais, surgiu a necessidade de desenvolver um guia que oriente na prática a utilização do padrão documental desenvolvido para a área da Pediatria. Este Guia foi criado para que todos os enfermeiros possam utilizá-lo, de forma a garantir que cada diagnóstico é elaborado segundo indicadores e critérios comuns.

Durante vários anos, houve a necessidade de haver um sistema, uma forma clara e inequívoca onde fosse possível registar e documentar, como o processo de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados e posterior demonstração da importância e trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros, quer para a prestação de cuidados de enfermagem nas várias instituições de saúde existentes, quer para o estabelecimento e desenvolvimento de políticas de saúde a nível nacional. A CIPE foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), encontrando-se traduzida para 29 línguas e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros. Deste modo, a CIPE “é um sistema de linguagem unificada de enfermagem, (...) uma terminologia de composição para a prática de enfermagem, que facilita o desenvolvimento, cruzamento e mapeamento entre os termos, locais e terminologias existentes”, “tendo como objectivo “ (...) maximizar o potencial dos registos electrónicos, designadamente a produção de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão, em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade ...” (ICN, 2009).

Os conceitos fundamentais a ter em conta são: o **foco de atenção**, isto é, o aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem; o **diagnóstico de enfermagem**, ou seja, a designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno de enfermagem, que representa o foco das suas intervenções; a **intervenção de enfermagem**, caracterizando-se pela acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista produzir **ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem**, sendo estes, a medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem, a intervalos de tempo, após implementadas as intervenções de enfermagem.

A CIPE® versão 2 foi a utilizada para a criação do padrão documental e representa-se pelo modelo dos 7 eixos, o foco, o juízo, os recursos, a acção, o tempo, a localização, e o Cliente.

Estão incluídos neste documento todos os focos de atenção da enfermagem que compõem o *Core* da Pediatria. A partir destes focos são designados os diagnósticos de enfermagem e, no sentido de trabalhar a informação acerca do doente e família de forma judiciosa e homogénea, foram criados critérios para o levantamento e encerramento dos diagnósticos, que deverão ser cumpridos por todos.

Convictos de que este é um grande passo para a qualidade dos cuidados que prestamos ao doente e família, contamos com a colaboração de todos os enfermeiros desta instituição neste caminho que nos permitirá alcançar o sucesso – a *excelência do cuidado de enfermagem*.

ASPIRAÇÃO

Processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia e os pulmões.

Este foco de atenção é utilizado em situações clínicas em que o enfermeiro identifica a probabilidade de ocorrência de aspiração – **Risco de Aspiração** e relativamente à qual pode intervir de forma a diminuir a probabilidade de ocorrência de um fenómeno de Aspiração.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Risco de Aspiração:

- Alteração do nível de consciência;
- Depressão dos reflexos de vômito, da tosse e da deglutição;
- Presença de sondas de alimentação;
- Presença de vias aéreas artificiais;
- Distensão gástrica ou Íleo;
- Distúrbios gastrointestinais (disfagia, refluxo gastroesofágico, estenose esofágica).

Aspiração Actual:

- Quando se confirma aspiração de substâncias.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerram-se após a sintomatologia associada desaparecer, ou não apresentar factores de risco, durante 24 horas.

Aprendizagem: Aspiração

Para diminuir a probabilidade de ocorrência de aspiração o enfermeiro pode fazer uso do potencial da pessoa para que o próprio venha a ter comportamentos que previnam a aspiração. Nesse sentido levanta-se este foco sempre que a criança ou o prestador

de cuidados demonstre desconhecimento, ou necessite de desenvolver habilidades sobre prevenção da aspiração.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aspiração Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre medidas para prevenir a aspiração.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se este juízo.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aspiração Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas

AMAMENTAÇÃO

Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos. Alimentar uma criança oferecendo leite materno.

Este foco é enunciado sempre que a alimentação da criança com leite materno esteja comprometida. A amamentação inclui, não só a adaptação da criança à mama de forma eficaz como também a lactação, a estimulação mamária, a extracção e conservação de leite materno ou a administração de leite materno (quer por tetina, sonda ou mama).

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Amamentação Comprometida:

- Deficit de habilidades da mãe ou da criança para proceder à amamentação;
- Necessidade de vigiar adaptação;
- Supervisionar a amamentação.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando a amamentação estiver estabelecida sem necessidade de supervisão.

Aprendizagem: Amamentação

Sempre que os pais necessitem de adquirir conhecimentos, treino ou supervisão na adaptação da criança à mama, extracção e conservação de leite, lactação, ou alimentação da criança com leite materno através da tetina, sonda ou seringa.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Amamentação Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre alimentar a criança, oferecendo leite materno.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se este juízo.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Amamentação Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre a amamentação.
- Encerra-se quando os pais demonstram autonomia há mais de 48 horas.

CAIR

Realizar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.

O Cair e particularmente o *Risco de queda* constituem aspectos de saúde com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, sendo utilizado frequentemente como uma das áreas para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Enfatizamos a dimensão de prevenção do fenómeno – **Risco de Queda** – como um aspecto central da assistência de enfermagem. Todas as crianças têm um risco de queda apenas por se encontrarem num meio hostil como é o hospital.

CrITÉRIOS de levantamento do diagnóstico:

Risco de Cair – Este diagnóstico é aberto em todas as crianças internadas. Avalia-se através da Utilização da escala “Sempre em Pé”.

A monitorização é feita 1 vez por semana, nesta primeira fase em suporte de papel e guardado no processo (escala a ser validada na nossa população).

- **Risco de Cair Reduzido** - Se a avaliação na escala se encontrar entre os 11-18. ➤ Identificar risco de queda com cor **amarela** ●
- **Risco de Cair Moderado** - Se a avaliação na escala se encontrar entre 19-25. ➤ Identificar risco de queda com cor **laranja** ●
- **Risco de Cair Elevado** - Se a avaliação na escala se encontrar entre os 25-33. ➤ Identificar risco de queda com cor **vermelha** ●

Cair Actual – Sempre que se verifique uma queda.

CrITÉRIOS de encerramento do diagnóstico:

- O **Risco de queda** mantém-se aberto durante todo o internamento.

- O **Cair actual** encerra-se logo que a situação de queda se encontre resolvida.

Aprendizagem: Cair

Sempre que os prestadores de cuidados ou as crianças não demonstrem conhecimentos e habilidades sobre prevenção da queda através do posicionamento, da utilização de medidas de segurança, da utilização de dispositivos de auxílio da marcha ou de transferências.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Cair Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre medidas de segurança, posicionamento, utilização de dispositivos.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se este juízo.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Cair Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Desenvolvimento Humano: Crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivo, desde o nascimento e durante toda a infância.

A Hospitalização da criança é considerada uma experiência traumática. O Internamento numa unidade hospitalar afasta a criança do seu ambiente natural, promotor do desenvolvimento. O encontro com experiências dolorosas, o medo do desconhecido e a ausência prolongada das rotinas diárias leva, muitas vezes a comportamentos regressivos da criança o que pode por em risco o desenvolvimento infantil. O Enfermeiro, através das suas intervenções autónomas, pode minimizar o impacto da hospitalização na criança.

No caso de recém-nascidos prematuros o desenvolvimento infantil encontra-se sempre em risco.

Com o nascimento prematuro, existe uma interrupção do processo de organização do crescimento, podendo comprometer o desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo. A criança fica exposta a uma série de eventos excessivos: luz e ruídos fortes e constantes, e a uma grande quantidade de procedimentos. Assim, é essencial que os cuidados de enfermagem prestados aos recém-nascidos prematuros sejam voltados para o desenvolvimento. O planeamento de cuidados, o posicionamento, o respeitar os momentos de repouso, o estímulo dos reflexos de forma adequada com as competências adquiridas são intervenções de enfermagem determinantes para o RN tenha um desenvolvimento e crescimento harmonioso.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Risco de Desenvolvimento Infantil:

- Recém-nascidos com idade gestacional \leq a 37 semanas de gestação;
- Crianças gravemente doentes;
- Crianças com internamento \geq a 1 semana.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se o diagnóstico no momento da alta.

Aprendizagem: Desenvolvimento Infantil

Sempre que os pais demonstrem desconhecimento e necessitem de desenvolver habilidades sobre o desenvolvimento infantil: como promover/estimular as áreas de desenvolvimento que apresentem deficit (linguagem, audição, visão, motricidade fina, motricidade global, postura, adaptação social)

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento físico, mental e social da criança.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se o diagnóstico.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil Parcial

- Sempre que os pais já adquiriram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre desenvolvimento infantil
- Encerra-se quando os pais demonstram competências e não necessitem de treinar as mesmas há mais de 48 horas.

LIMPEZA DAS VIAS ÁREAS

Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstrução do trato respiratório.

A limpeza das vias aéreas encontra-se comprometida sempre que a passagem de ar da boca aos pulmões não é eficaz, esta passagem de ar pode ter que ser assegurada através da utilização de dispositivos respiratórios e está alterada sempre que exista alguma substância que a esteja a obstruir, como é o caso das secreções. Assim, o enfermeiro, através de diversas intervenções como a aspiração de secreções, o posicionamento ou a optimização dos dispositivos respiratórios vai garantir uma limpeza das vias aéreas eficaz.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Limpeza das Vias Aéreas Comprometida:

- Dificuldade respiratória;
- Alteração do estado de consciência;
- Presença de dispositivos respiratórios;
- Reflexo da tosse débil ou pouco eficaz;
- Presença de sonda gástrica;
- Presença de secreções.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os factores acima citados estejam ausentes 24 horas

Aprendizagem: Limpeza das Vias Aéreas

Sempre que a criança ou os pais demonstrem ausência de conhecimentos ou habilidades para manter uma limpeza das vias aéreas.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Limpeza das Vias Aéreas Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre permeabilidade das vias aéreas.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se este diagnóstico.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Limpeza das Vias Aéreas Parcial

- Sempre que os pais já adquiriram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

DOR

Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação de foco de atenção, alteração da protecção do tempo, fuga do contacto social, processo do pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

O risco de dor encontra-se sempre presente em situação de doença uma vez que a dor é um sintoma, presentes em muitas patologias bem como em muitos procedimentos efectuados em meio hospitalar. A prevenção da dor através das medidas não farmacológicas tais como o posicionamento, a aplicação de gelo/calor, ou a utilização da sacarose é foco de atenção de eleição do enfermeiro.

CrITÉRIOS de levantamento do diagnóstico:

Risco de Dor:

- Score obtido através das escalas (NIPS, OPS, FLACC, FACES).
- Levanta-se em todas as crianças que sejam submetidas a pelo menos um procedimento invasivo por turno.

CrITÉRIO de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico mantém-se aberto sempre que a criança tenha um procedimento invasivo por turno.

CrITÉRIOS de levantamento do diagnóstico:

Dor Presente:

- Sempre que as medidas não farmacológicas e analgesia prescrita não surtiram efeito.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Quando a dor, for <1, durante 48 horas

Aprendizagem: Dor

Sempre que as crianças ou os pais demonstrem desconhecimento ou necessitem desenvolver habilidades sobre medidas não farmacológicas de alívio, gestão e avaliação da dor.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Dor Ausente

- Sempre que os pais ou a criança revelem desconhecimento sobre dor.
- Após **validação dos conhecimentos** adquiridos fecha-se este diagnóstico.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Dor Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam desenvolver habilidades sobre prevenção e alívio da dor.
- Encerra-se quando os pais ou a criança demonstram habilidades há mais de 24 horas.

ÚLCERA DE PRESSÃO

Úlcera: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.

A úlcera de pressão representa o exemplo paradigmático de um aspecto de saúde com alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, razão pela qual, em todos os sistemas de avaliação dos cuidados de saúde, é tomada como uma das dimensões mais relevantes.

Também aqui se enfatiza a prevenção da ocorrência das úlceras de pressão como uma dimensão central dos cuidados de enfermagem.

Critério de abertura do diagnóstico:

Risco de Úlcera de Pressão:

- O risco de úlcera de pressão na criança (escala de Braden Q) avalia-se a doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade;
- Nas 1^{as} 6 horas após a admissão;
- O risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 horas no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

Risco de Úlcera Alto:

- Se a avaliação na escala Braden Q for <22

Risco de Úlcera Baixo:

- Se a avaliação for ≥ 22

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico mantém-se aberto todo o internamento.

Critério de abertura do diagnóstico:

Úlcera de Pressão Presente:

- Este diagnóstico levanta-se sempre que a criança tenha úlcera de pressão presente.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se este diagnóstico quando a úlcera de pressão passar a ausente.

Aprendizagem: Úlcera de Pressão

Este standard é enunciado sempre que a criança ou os pais demonstrem desconhecimento ou ausência de habilidades para prevenir a úlcera de pressão através do posicionamento, nutrição, massagem...

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Úlcera de Pressão Ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre medidas que previnam a úlcera de pressão.
- Após validação dos conhecimentos adquiridos fecha-se este juízo.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Úlcera de Pressão Parcial

- Sempre que os pais/criança já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

EXCESSO DE PESO

Peso comprometido: condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10% a 20% acima do peso ideal, aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício.

O Excesso de peso é um flagelo da comunidade moderna. As alterações rápidas no estilo de vida (sedentarismo) e da alimentação (recurso ao “fast food”) fizeram com que a obesidade fosse considerada o flagelo do Séc. XXI. Em Portugal uma em cada três crianças sofre de excesso de peso.

O Enfermeiro, como cuidador, desempenha um papel fundamental na prevenção do excesso de peso, através do ensino para a saúde, uma vez que é o profissional que mais tempo passa com a criança/família.

Critério de levantamento do diagnóstico:

Risco de Excesso de Peso:

- Sempre que o IMC (peso/altura²) se encontre acima do percentil 85
- Hábitos alimentares desajustados
- Sedentarismo

Excesso de Peso Actual:

- Sempre que o IMC se encontre acima do percentil 90.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico mantém-se aberto todo o internamento

Aprendizagem: Excesso de Peso

Sempre que os pais ou a criança demonstrem desconhecimento acerca da importância e do que é uma alimentação saudável e da importância do exercício físico para o controlo do peso.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Excesso de Peso Ausente

- Sempre que os pais/criança revelam desconhecimento sobre alimentação saudável e a importância do exercício para o controlo do peso corporal.
- Encerra-se quando os pais demonstram conhecimento sobre ensinamentos realizados há 24 horas.

CONFORTO

“Status: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.”

O conforto é foco de atenção do enfermeiro enquanto este é responsável pelos cuidados que proporcionam bem-estar à criança, durante o internamento. Quer pela ausência do prestador de cuidados, quer pelos diferentes níveis de desenvolvimento e competências dos mesmos.

CrITÉRIOS de levantamento do diagnóstico:

Conforto Comprometido:

- Sempre que a criança manifeste períodos longos e repetidos de desconforto ao longo do dia.
- Quando a criança que está internada não tem prestador de cuidados que lhes proporcione os cuidados de conforto.

CrITÉRIO de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando nenhum dos critérios anteriores se verifique ou no momento da alta

ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

“Aceitação do Estado de Saúde: Reconciliação com as circunstâncias de saúde.”

O foco de atenção da aceitação do estado de saúde é a área onde o enfermeiro identifica, a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o *stress* ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde/doença. Planeando intervenções para que a criança ou família aceite, compreenda e reduza a ansiedade e stress, através da conversa, dialogo e expressão de sentimentos, ideias preconcebidas, crenças, valores e preocupações sociais, económicas, físicas, psicológicas, que limitam ou acentuam a aceitação da situação e adaptação da criança e família a nova realidade.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Aceitação do Estado de Saúde Comprometido:

- O enfermeiro identifica na criança e família, a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o stress ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde/doença. No fundo, dificuldades de adaptação à situação de saúde/doença que sofreu alterações significativas na sua representação.

Critérios de encerramento do diagnóstico:

- Após a criança manifestar capacidade de gerir o stress e tensão provocada pela situação de saúde/doença e desenvolver estratégias de adaptação a esta nova condição.
- Encerra-se o diagnóstico 24 horas após se verificarem as manifestações definidas.

Aprendizagem: Aceitação do Estado de saúde

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aceitação do Estado de Saúde Ausente

- Enuncia-se sempre que a criança/família revele desconhecimento sobre: estratégias de autocontrolo; de adaptação e de coping; recursos comunitários e de saúde.
- Validar conhecimento sobre o ensino.
- Encerra-se 24 horas após revelarem apreensão/conhecimento do ensino realizado.

ADESÃO

“Status: Acção auto-iniciada para a promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).”

O foco de atenção da adesão refere-se a situações em que o indivíduo apresenta acções que indiciam a não-aceitação do decurso do tratamento, mesmo e depois da explicação prévia sobre o mesmo. Este diagnóstico conduz, frequentemente, o enfermeiro, na procura de razões que possam justificar esta situação. Tais razões inscrevem-se, por exemplo, no âmbito das crenças de saúde ou dos processos adaptativos. São comportamentos indicativos de não adesão ao regime terapêutico – depois de na posse de conhecimento – exacerbação de complicações, falha no cumprimento do regime de tratamento, toma os medicamentos incerta, falta de mudança de comportamentos para melhor, ausência de sinais de cura, entre outras.

É importante, procuramos enfatizar a prevenção de ocorrência do fenómeno, pois o enfermeiro é dos prestadores de cuidados que mais tempo passa com a criança e família, criando laços e cumplicidade que pode facilitar a expressão destas situações de não adesão, podendo este desconstruir as pré ideias e construir comportamentos com criança e família de forma a aumentar o bem físico, psicológico, económico, social e espiritual.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Adesão Comprometida:

Sempre que a criança não demonstre autonomia nos seguintes aspectos:

- Adesão ao regime de tratamento;
- Toma de medicamentos como prescritos;
- Mudança para comportamentos saudáveis;
- Sinais de cura;
- Demonstração da interiorização, de comportamento de saúde.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando haja evidências de aceitação do tratamento, mudança do comportamento para melhor, efeitos terapêuticos, interiorização do valor de um comportamento de saúde e cumprimento das instruções relativas ao tratamento.

Aprendizagem: Adesão

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Adesão Ausente

Enuncia-se sempre que a criança, pais/substitutos revelarem desconhecimento sobre:

- Adesão ao regime de tratamento;
- Toma de medicamentos como prescritos;
- Mudança para comportamentos saudáveis;
- Sinais de cura;
- Demonstração da interiorização, de comportamento de saúde.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico encerra-se após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Adesão Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 48 - 72 horas.

VÓMITO

“Processo do sistema gastrointestinal comprometido: Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do estômago e para fora da boca.”

O foco de atenção vômito faz sentido quando o enfermeiro identifica esse episódio observando as características deste e diminuindo os factores que estão associados a este fenómeno. O enfermeiro planeia intervenções no âmbito da redução de factores associados, como por exemplo, na gestão da alimentação que a criança ingere após este episódio.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Vômito Actual:

- Este diagnóstico é aberto sempre que exista sintomatologia de vômito.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico encerra-se quando a criança não presente episódios de vômitos, durante um período de 48 horas.

Aprendizagem: Vômito

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Vômito Ausente

Sempre que a criança e/ou Família revelarem desconhecimento sobre:

- Aliviar o indivíduo no vômito;
- Gestão da alimentação;
- Vigilância do vômito e medidas que previnem o vômito.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Feche este diagnóstico após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Vômito Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

PARENTALIDADE

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai, comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

O comprometimento da parentalidade tem, frequentemente, como causas a instabilidade do curso da situação de saúde da criança, a complexidade dos cuidados a assegurar, o défice de conhecimento dos pais, a falta de suporte familiar ou dos serviços comunitários, a inexperiência dos pais, história de relacionamento difícil entre a criança e os pais, entre outros.

Para que esta interacção seja adequada é fundamental que o enfermeiro identifique condições nos pais para aprender um conjunto de aspectos e adquirir habilidades que possibilitem a satisfação das necessidades da criança.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Parentalidade Comprometida:

- Este diagnóstico é aberto sempre que a criança se encontre hospitalizada.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico encerra-se no momento da alta e se as aprendizagens foram adquiridas.

Aprendizagem: Parentalidade

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Parentalidade Ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre: promoção da saúde, prevenção de acidentes, cuidados de higiene, alimentação, método canguru, regime terapêutico, transporte e segurança.

Crítérios de encerramento do diagnóstico:

- Este diagnóstico encerra-se após validação do conhecimento adquirido, abrindo-se o diagnóstico com o juízo de parcial.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Parentalidade Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Crítério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

TERMORREGULAÇÃO

“Processo do Sistema Regulador: Controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos activados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal.”

A termorregulação é um fenómeno importante que o enfermeiro deve ter em conta, quando pode planear intervenções que controlem a temperatura, despistem possíveis alterações e possam prevenir com medidas de arrefecimento ou aquecimento corporal.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Termorregulação Comprometida:

- Alteração da temperatura corporal acima dos 37,5°C e abaixo dos 36°C;
- Labilidade térmica.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Quando não se verificar nenhuma das situações acima citadas durante 48 horas.

Aprendizagem: Termorregulação

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Termorregulação Ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre a existência e manuseio de dispositivos de aquecimento/arrefecimento e gestão do ambiente.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se este diagnóstico após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Termorregulação Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

MEDO

“Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado por uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.”

O foco de atenção sobre o medo é uma área relevante para o enfermeiro quando este identifica e intervém para diminuir esta situação.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Medo Presente:

- Criança verbaliza medo;
- Criança chora na presença de profissionais de saúde;
- Criança chora ou fica agitada na ausência da pessoa significativa.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Quando não se verificar uma das situações acima citadas durante 24 horas.

Aprendizagem: Medo

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Medo Ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre medidas que previnam ou eliminem o medo.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Feche este diagnóstico após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Medo Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

ERITEMA

“Agregado de entidades comprometido: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, edema local, urticária, vesículas e prurido.”

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Eritema Actual:

- Sempre que se verifique a existência de erupções como as descritas acima.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- 24 horas após a pele se encontrar integra sem qualquer tipo de erupção.

Aprendizagem: Eritema

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Eritema Ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre cuidados de higiene, manter a pele seca e controlo da humidade.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se este diagnóstico após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Eritema Parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

MACERAÇÃO

*“Ferida: **Abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada.**”*

Nesta situação o enfermeiro pode desenvolver intervenções autónomas no sentido de prevenir a maceração da pele, bem como, pode desenvolver intervenções no âmbito da maceração já existente, de forma minimizar ou resolver esta ferida. É importante, procuramos enfatizar a prevenção de ocorrência do fenómeno, pois o enfermeiro tem autonomia nos cuidados e é um factor importante na qualidade dos cuidados que são prestados a cada criança e família.

Critérios de levantamento do diagnóstico:

Risco de Maceração:

- Presença contínua de humidade na pele;
- Alteração da mobilidade;
- Dejecções líquidas;
- Presença de dispositivos com necessidade de fixação à pele (uso de adesivos);
- Crianças com ostomias.

Maceração Actual:

- Quando tem maceração presente.

Critérios de encerramento do diagnóstico:

- Quando a criança não apresentar nenhuma das condições acima citadas.
- Quando a criança não apresentar maceração.

Aprendizagem: Maceração

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Maceração Ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre como manter a pele seca, cuidados de higiene e controlo da humidade da pele.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se após validação do conhecimento adquirido.

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Maceração Parcial

- Sempre que os pais já adquiriram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.

Critério de encerramento do diagnóstico:

- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24 horas.

ANEXOS – AUTOCUIDADOS (Core dos Adultos)

AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE

Autocuidado: Actividade executada pelo próprio. Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.

Alimentar - Realizar: Dar comida ou bebida a alguém.

CrITÉRIOS de Levantamento dos Diagnósticos:

- **Dependente em grau reduzido (intervenção do tipo incentivar e supervisionar):** doente que se alimenta/hidrata a si próprio, ou tem dieta zero, ou é alimentado/hidratado por familiar, necessitando de supervisão/orientação para se alimentar e hidratar.
- **Dependente em grau moderado (intervenção do tipo assistir):** doente que por si só não é capaz de se alimentar e hidratar, mas consegue levar os alimentos/líquidos à boca – Ajuda parcial.
- **Dependente em grau elevado (intervenção do tipo “fazer pelo indivíduo”):** doente incapaz de se alimentar e hidratar ou que necessita de presença contínua do enfermeiro para se alimentar/hidratar – Ajuda total.
- **Dependente em grau muito elevado (sondas de alimentação):** doente entubado que necessita ser alimentado/hidratado por sonda nasogástrica, ou sonda de alimentação introduzida através da parede abdominal.

TODOS OS DOENTES SÃO DEPENDENTES, PELO MENOS, EM GRAU REDUZIDO

Critério de Encerramento dos Diagnósticos:

Deverá encerrar-se o diagnóstico quando existir alteração do seu grau de dependência, abrindo um novo diagnóstico adequado ao novo estado de dependência.

Aprendizagem - Autocuidado Alimentar-se:

Deverá enunciar-se o diagnóstico **Aprendizagem sobre Autocuidado Alimentar-se: Ausente** sempre que o indivíduo ou família revelarem desconhecimento sobre medidas que promovam o autocuidado alimentar-se. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem.

Deverá enunciar-se **Aprendizagem sobre Autocuidado Alimentar-se: Parcial** se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrem deverá encerrar-se o diagnóstico.

AUTOCUIDADO: ELIMINAÇÃO

Autocuidado: Actividade executada pelo próprio. Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.

Eliminação - Processo corporal: Movimento e excreção de resíduos corporais

CrITÉRIOS de Levantamento dos Diagnósticos:

- **Dependente em grau reduzido (intervencções do tipo incentivar e supervisionar):** doente que por a si próprio satisfaz as suas actividades de eliminação necessitando apenas de supervisão - Independente.
- **Dependente em grau moderado (intervencções do tipo assistir):** doente que sozinho não é capaz de utilizar o sanitário, arrastadeira ou urinol – Ajuda parcial.
- **Dependente em grau elevado (intervencções do tipo “fazer pelo indivíduo” – doente com fralda e/ou estomas de eliminação):** doente incapaz utilizar o sanitário, arrastadeira ou urinol ou que requer a presença contínua do enfermeiro durante as actividades de eliminação – Ajuda total, incontinente, ostomizado.

TODOS OS DOENTES SÃO DEPENDENTES, PELO MENOS, EM GRAU REDUZIDO

CrITÉRIO de Encerramento dos Diagnósticos:

Deverá encerrar-se o diagnóstico quando existir alteração do seu grau de dependência, abrindo um novo diagnóstico adequado ao novo estado de dependência.

Aprendizagem - Autocuidado Eliminação:

Deverá enunciar-se o diagnóstico **Aprendizagem sobre Autocuidado Eliminação: Ausente** sempre que o indivíduo ou família revelarem desconhecimento sobre medidas que promovam o autocuidado alimentar-se. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem.

Deverá enunciar-se **Aprendizagem sobre Autocuidado Eliminação: Parcial** se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrem deverá encerrar-se o diagnóstico.

AUTOCUIDADO: HIGIENE PESSOAL

Autocuidado: Actividade executada pelo próprio. Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.

Capacidade para cuidar da higiene pessoal: ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arranjado.

CrITÉRIOS de Levantamento dos Diagnósticos:

- **Dependente em grau reduzido (intervenções do tipo incentivar e supervisionar):** doente que por a si próprio satisfaz as suas actividades de higiene necessitando apenas de supervisão - Independente.
- **Dependente em grau moderado (intervenções do tipo assistir):** doente que sozinho não é capaz de proceder a todos os cuidados de higiene independentemente de se encontrar acamado ou de se deslocar à casa de banho – Ajuda parcial.
- **Dependente em grau elevado (intervenções do tipo “fazer pelo indivíduo”):** doente incapaz de assegurar os cuidados de higiene e pessoais ou que precisa da presença contínua do enfermeiro para o ajudar – Ajuda total.
- **Dependente em grau muito elevado (indivíduo com necessidades especiais):** doente totalmente dependente que necessita de cuidados de higiene e pessoais com maior frequência (repetição das actividades do grau elevado mais do que 2 x em cada 24h) e atenção – agitação psicomotora, dor intensa, repouso absoluto, coma, etc. – Ajuda total com cuidados especiais.

TODOS OS DOENTES SÃO DEPENDENTES, PELO MENOS, EM GRAU REDUZIDO

Critério de Encerramento dos Diagnósticos:

Deverá encerrar-se o diagnóstico quando existir alteração do seu grau de dependência, abrindo um novo diagnóstico adequado ao novo estado de dependência.

Aprendizagem - Autocuidado Higiene Pessoal:

Deverá enunciar-se o diagnóstico **Aprendizagem sobre Autocuidado Higiene Pessoal: Ausente** sempre que o indivíduo ou família revelarem desconhecimento sobre medidas que promovam o autocuidado higiene pessoal. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem.

Deverá enunciar-se **Aprendizagem sobre Autocuidado Higiene Pessoal: Parcial** se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrem deverá encerrar-se o diagnóstico.

AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE

Autocuidado: Actividade executada pelo próprio. Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.

Transferir-se - Transferir: mover alguém ou alguma coisa de um local para o outro¹.

Crítérios de Levantamento dos Diagnósticos:

- **Dependente em grau reduzido (intervenções do tipo incentivar e supervisionar):**
Doente que se desloca sozinho, só necessitando de supervisão para se movimentar e/ou deslocar - independente com supervisão.
- **Dependente em grau moderado (intervenções do tipo assistir):** Doente que por si só não consegue alternar decúbitos, ou deslocar-se a pé, ou transferir-se para a cadeira de rodas, requerendo 3 a 5 intervenções diárias do enfermeiro para o ajudar a encontrar o equilíbrio necessário e a posição adequada - ajuda parcial 3-5 vezes/dia.
- **Dependente em grau elevado (intervenções do tipo “fazer pelo indivíduo”):** Doente incapaz de se movimentar sozinho, necessitando que o enfermeiro o mobilize, oriente os exercícios e posicione de modo confortável, tendo em conta a prevenção das alterações músculo-esqueléticas, requerendo presença contínua do enfermeiro - ajuda total 5 a 6 vezes/dia.
- **Dependente em grau muito elevado (indivíduo com necessidades especiais):** Doente incapaz de se movimentar sozinho, necessitando que o enfermeiro o mobilize, oriente os exercícios e posicione de modo confortável, tendo em conta a prevenção das alterações músculo-esqueléticas, requerendo 7 ou mais intervenções diárias do enfermeiro - ajuda total ≥ 7 vezes / dia.

¹ Transferir o indivíduo inclui posicioná-lo.

NOS INDIVÍDUOS INDEPENDENTES NO ANDAR NÃO SE LEVANTA NENHUM DIAGNÓSTICO.

Critério de Encerramento dos Diagnósticos:

Deverá encerrar-se o diagnóstico quando existir alteração do seu grau de dependência, abrindo um novo diagnóstico adequado ao novo estado de dependência.

Aprendizagem - Autocuidado Transferir-se:

Deverá enunciar-se o diagnóstico **Aprendizagem sobre Autocuidado Transferir-se: Ausente** sempre que o indivíduo ou família revelarem desconhecimento sobre medidas que promovam o autocuidado higiene pessoal. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem.

Deverá enunciar-se **Aprendizagem sobre Autocuidado Transferir-se: Parcial** se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrem deverá encerrar-se o diagnóstico.

AUTOCUIDADO: VESTIR E DESPIR-SE

Autocuidado: Actividade executada pelo próprio. Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.

Vestir/Despir - Cobrir: vestir ou despir roupas.

Vestir- Trocar de Roupas: escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos tanto na parte superior como inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado, como por exemplo sapatos.

Despir- Trocar de Roupas: retirar as roupas, desabotoando-as, desapertando-as e abrindo os fechos, tanto na parte superior como inferior do corpo, tirar as peúgas, meias e calçado; dobrar, pendurar e arrumar as roupas na gaveta ou armário.

Crítérios de Levantamento dos Diagnósticos:

- **Dependente em grau reduzido (intervencões do tipo incentivar e supervisionar):** doente que por a si próprio satisfaz as suas actividades de vestir e despir-se, necessitando apenas de supervisão - Independente
- **Dependente em grau moderado (intervencões do tipo assistir):** doente que sozinho não é capaz de proceder ao vestir/despir-se independentemente de se encontrar acamado ou de se deslocar à casa de banho – Ajuda parcial.
- **Dependente em grau elevado (intervencões do tipo “fazer pelo indivíduo”):** doente incapaz de assegurar o vestir/despir-se ou que precisa da presença contínua do enfermeiro para o ajudar – Ajuda total.

- **Dependente em grau muito elevado (indivíduo com necessidades especiais):** doente totalmente dependente que necessita de cuidados de vestir/despir-se com maior frequência e atenção – agitação psicomotora, dor intensa, repouso absoluto, coma, etc. – Ajuda total com cuidados especiais.

TODOS OS DOENTES SÃO DEPENDENTES, PELO MENOS, EM GRAU REDUZIDO

Critério de Encerramento dos Diagnósticos:

Deverá encerrar-se o diagnóstico quando existir alteração do seu grau de dependência, abrindo um novo diagnóstico adequado ao novo estado de dependência.

Aprendizagem - Autocuidado Vestir e Despir-se:

Deverá enunciar-se o diagnóstico **Aprendizagem sobre Autocuidado Vestir e Despir-se: Ausente** sempre que o indivíduo ou família revelarem desconhecimento sobre medidas que promovam o autocuidado higiene pessoal. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem.

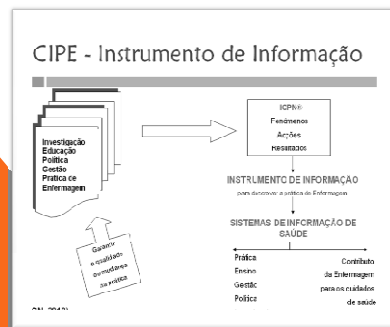
Deverá enunciar-se **Aprendizagem sobre Autocuidado Vestir e Despir-se: Parcial** se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrem deverá encerrar-se o diagnóstico.

APÊNDICE VII

Diapositivos da Formação aos Enfermeiros da Área da Pediatria

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Módulo III



**Enfermeiros do
Departamento de Pediatria**

**Por: Enf.ª Bárbara Teixeira
Enf.ª Gonçalo Silva**

Supervisão: Enf.ª Dulce Gonçalves

Cascais, Dezembro de 2011



Conhecimento prévio sobre o tema?
Que expectativas?



CONTEXTO DA FORMAÇÃO

Módulo I (21 de Novembro)

Formação CIPE

Módulo II (de 22 a 25 de Novembro)

Elaboração do Padrão documental Área de Assistência à criança e adulto

Definição do projecto de implementação nos serviços piloto

Módulo III (de 5 a 23 de Dezembro)

Formação às equipas piloto

Operacionalização do padrão e aplicativo

GRUPO DE TRABALHO

Supervisão, Formação e Implementação

Dulce Gonçalves e Rita Kadic

Área de Assistência ao Adulto

Coordenação: Carmen Gaudêncio

Alexandra

Carla Leite

Sérgio Sousa

Sofia Fernandes

Telmo Aleixo

Área de Assistência à criança

Coordenação: Gonçalo Silva

Patrícia Pereira

Tânia Teixeira

Bárbara Teixeira

Objectivos

- Implementar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE - versão 2) no HPP— Hospital de Cascais;
- Elaborar o padrão de documentação na área de Assistência ao adulto e à criança;
- Elaborar registos na aplicação informática com uma linguagem classificada produzindo indicadores de qualidade;
- Reflectir sobre as práticas em enfermagem promovendo o planeamento de cuidados.

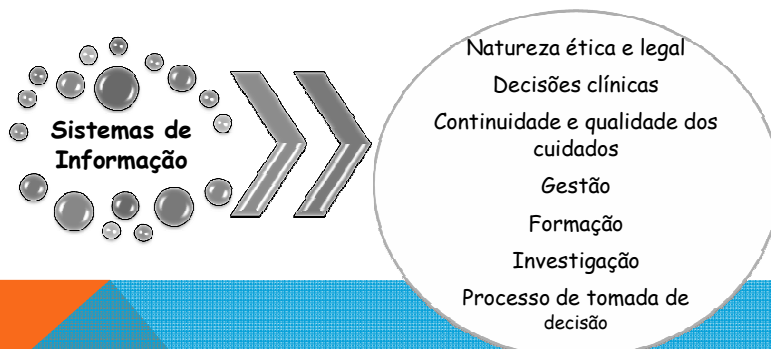
Finalidade

Promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem ao doente/família.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A opinião de que a "Informação de Enfermagem" é importante para a governação na saúde é, hoje em dia consensual.

(OE, 2007)



Sistemas de Informação

Que relevância?

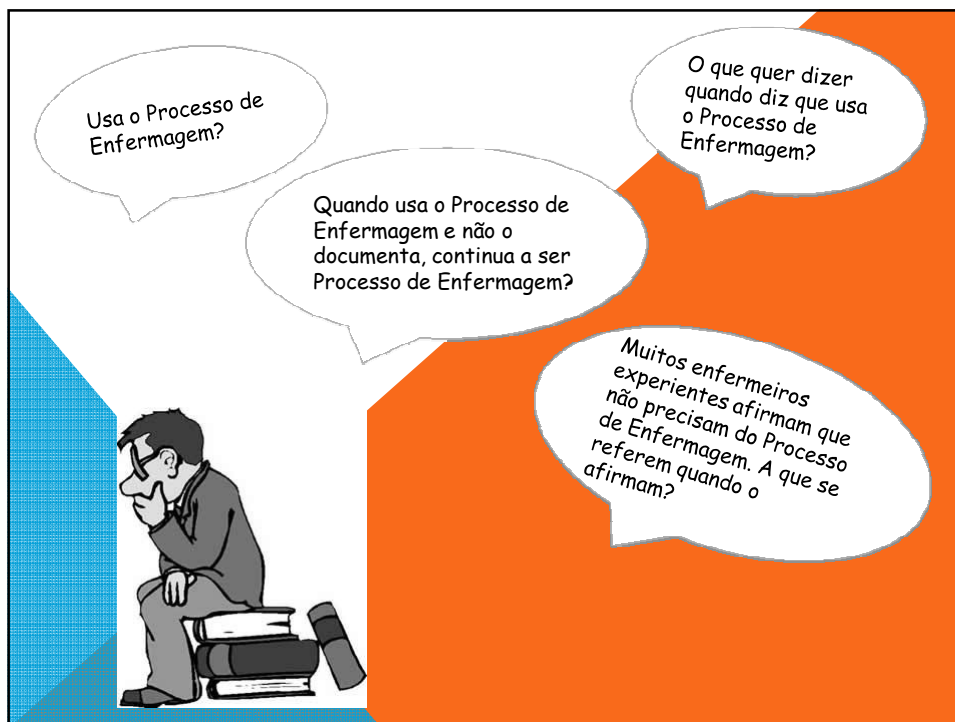
Visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde

Verificação do impacto nos ganhos em saúde

Garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Evolução histórica		
Entre 1950-1970	De 1970-1990	De 1990 em diante
<ul style="list-style-type: none">- Descrito em 4 fases: avaliação inicial; planeamento; intervenção; avaliação.- Identificação de problemas dos doentes- Organiza o pensamento, no sentido dos problemas identificados e solucionados pelos enfermeiros,.	<ul style="list-style-type: none">- Inclusão da fase de diagnóstico- Os problemas identificados são interpretados em conjuntos, o que leva a estudo sobre o <u>raciocínio diagnóstico e o pensamento crítico</u>- Ênfase nos processos de pensamento para lidar com as informações dos doentes e para <u>tomar decisões clínicas</u>	<ul style="list-style-type: none">- Propõe um novo modelo de Processo de Enfermagem- Acolhe o carácter dinâmico, a participação do doente e os processos de pensamento <u>tendo como foco os resultados</u>- As classificações de diagnósticos, de intervenções e de resultados são valorizadas como os vocabulários para o <u>raciocínio clínico na enfermagem</u>



Processo de Enfermagem e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Decreto-Lei n.º 161/96

N.º 205 — 4-9-1996

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

2959

CAPÍTULO II Disposições gerais

Artigo 4.º Conceitos

1 — Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Artigo 5.º

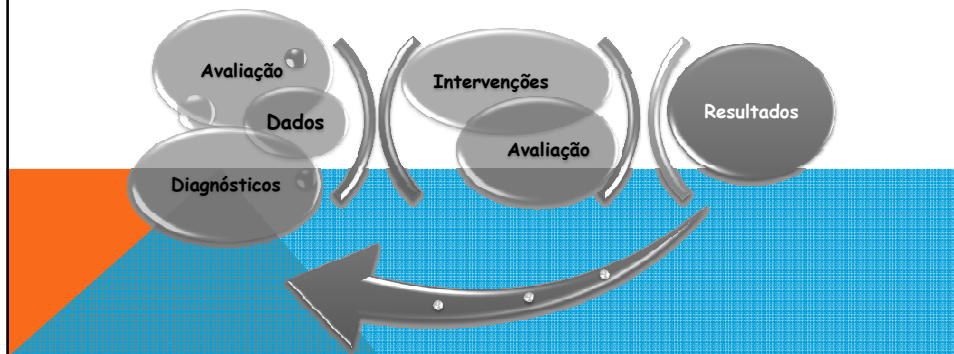
Caracterização dos cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4) Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:

Processo de Enfermagem

Instrumento que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direcciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem.



Processo de Enfermagem

Competências do enfermeiro de cuidados gerais

Prestação de Cuidados

- Promoção da Saúde
- Colheita de Dados
- Planeamento
- Execução
- Avaliação
- Comunicação e Relações Interpessoais

Processo de Enfermagem e Documentação em Enfermagem

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Decreto-Lei n.º 104/98
de 21 de Abril

N.º 93 — 21-4-1998

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

1739

Artigo 83.º

Do direito ao cuidado

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

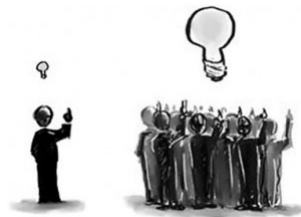
- d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas:

Processo de Enfermagem e Documentação em Enfermagem

- a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;



Processo de Enfermagem e Documentação em Enfermagem



Comunicação
Continuidade dos Cuidados
Reflexão
Auditoria
Investigação
Educação
Reembolso
Avaliação Desempenho
Visibilidade
Abordagem do risco e erro
Documentos Históricos
Documentos Legais
Incrementar a qualidade

Processo de Enfermagem

Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros

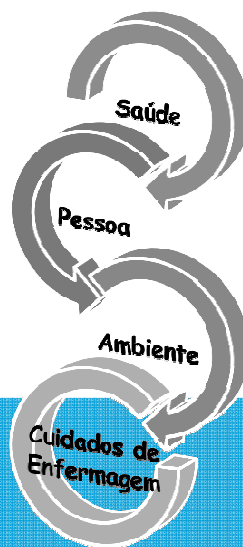
Compromisso da OE

Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (...) e zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional de enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade.

Instituições de Saúde

Compete adequar os recursos e criar estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade.

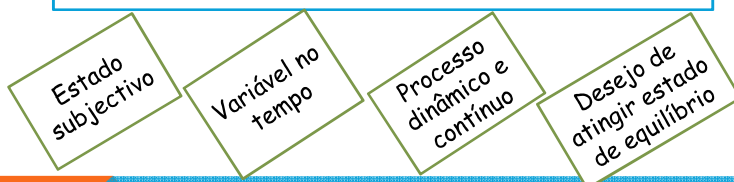
QUADRO CONCEPTUAL



Quadro Conceptual

A saúde

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.



Quadro Conceptual

A pessoa



Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia.

Quadro Conceptual

O Ambiente

Conjunto de elementos que condicionam e influenciam os estilos de saúde



Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente.

Quadro Conceptual

Os Cuidados de Enfermagem

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual - fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Quadro Conceptual e Exercício Profissional dos Enfermeiros

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. **Assim distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem:**

- **Intervenções autónomas**

Acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

- **Intervenções interdependentes**

Acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Quadro Conceptual

Os Cuidados de Enfermagem

Tomada de Decisão

Abordagem sistémica e sistemática

Incorpora resultados de investigação

Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem

Prescrição de intervenções de enfermagem

Prevenir riscos

Detectar precocemente
problemas potenciais

Resolver ou minimizar
os problemas reais
identificados

Quadro Conceptual

*6 enunciados descritivos de qualidade do
exercício profissional dos enfermeiros*





CASO 1

O Afonso é uma criança de 12 anos, submetido a apendicectomia sob anestesia geral.

Sem antecedentes pessoais relevantes

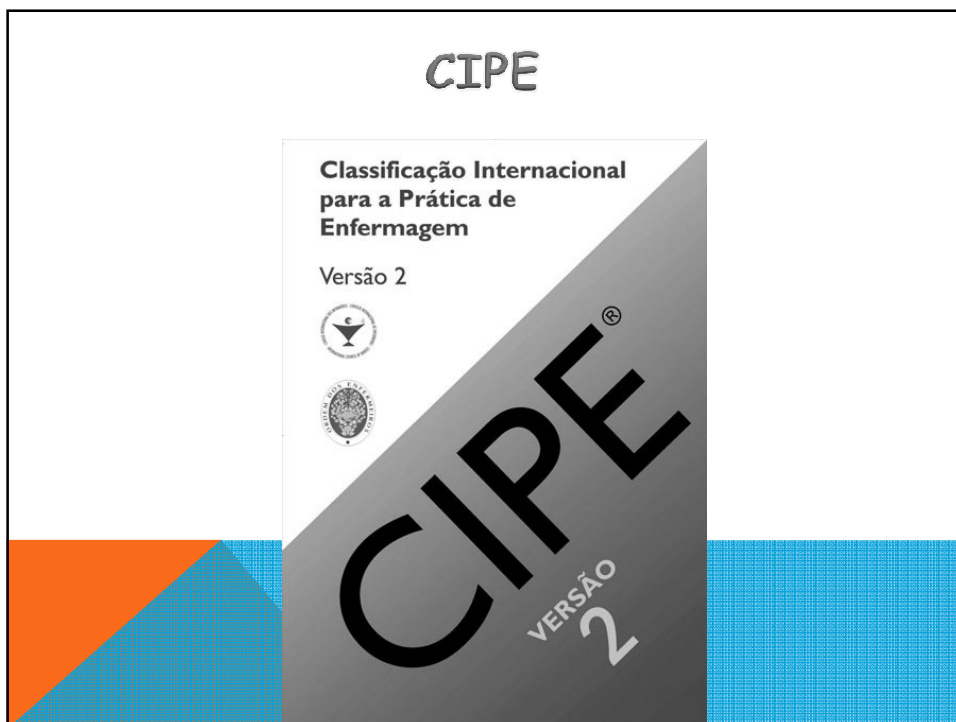
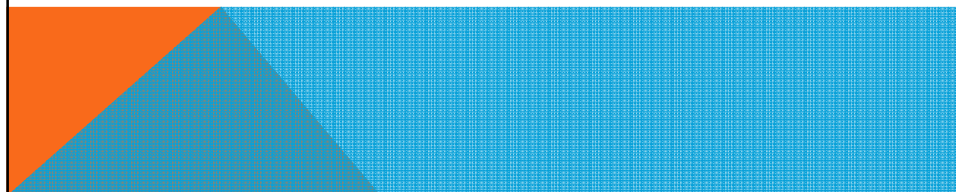
No pós operatório, iniciou febre.

Refere queixas álgicas

Não tolerou dieta líquida

Penso operatório limpo e seco externamente

Pais ansiosos com situação e com o regresso a casa



CIPE

“tendo em vista maximizar o potencial dos registos electrónicos, designadamente a produção de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade (...) os requisitos de uma prática baseada na evidência, o sistema de informação (...) deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)”

(OE, 2007, p.2)

CIPE

Desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), encontra-se traduzida para 29 línguas, e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros

(LEAL, 2006 e OE, 2010)

Classificação Internacional
para a Prática de
Enfermagem

Versão 2



CIPE®
VERSÃO
2

CIPE

“A CIPE é um sistema de linguagem unificada de enfermagem. É uma terminologia de composição para a prática de enfermagem que facilita o desenvolvimento, cruzamento e mapeamento entre os termos locais e terminologias existentes.”

(ICN, 2009)

Classificação Internacional
para a Prática de
Enfermagem

Versão 2



CIPE®
VERSÃO
2

CIPE

Porquê?

Informatização dos serviços
de saúde

Crescente importância das
classificações em saúde

Auto-regulação profissional
pelos enfermeiros

Sistemas de informação em
enfermagem

CIPE

Porquê?

Representar o conhecimento dos enfermeiros

Existência de uma linguagem comum

Existência de uma classificação internacional

Decisões políticas baseadas na informação disponível

CIPE

Objectivos:

- ☐ Estabelecer uma linguagem comum
- ☐ Descrever cuidados de enfermagem
- ☐ Comparar dados de enfermagem
- ☐ Demonstrar tendências em enfermagem
- ☐ Estimular a investigação
- ☐ Fornecer informação à tomada de decisão política

CIPE

Objectivos:

- ☐ Identificar a contribuição de cada enfermeiro na equipa multidisciplinar
- ☐ Diferenciar as práticas de enfermagem das dos outros profissionais envolvidos

CIPE

CrITÉrios:

- ☐ Incluir Diagnósticos, Intervenções e Ganhos em Saúde Sensíveis aos Cuidados em Enfermagem
- ☐ Ser definida, testada, refinada e aumentada por um processo contínuo
- ☐ Ser utilizável de forma complementar ou integrada com a família de classificações existentes

CIPE

CrITÉrios:

- ☐ Ser suficientemente abrangente para servir múltiplas utilizações
- ☐ Ser suficientemente simples para ser útil aos enfermeiros na prática
- ☐ Consistente com, mas não dependente dos modelos
- ☐ Sensível à diversidade cultural
- ☐ Reflexo dos valores comuns do enfermeiro em todo o mundo

CIPE

1989

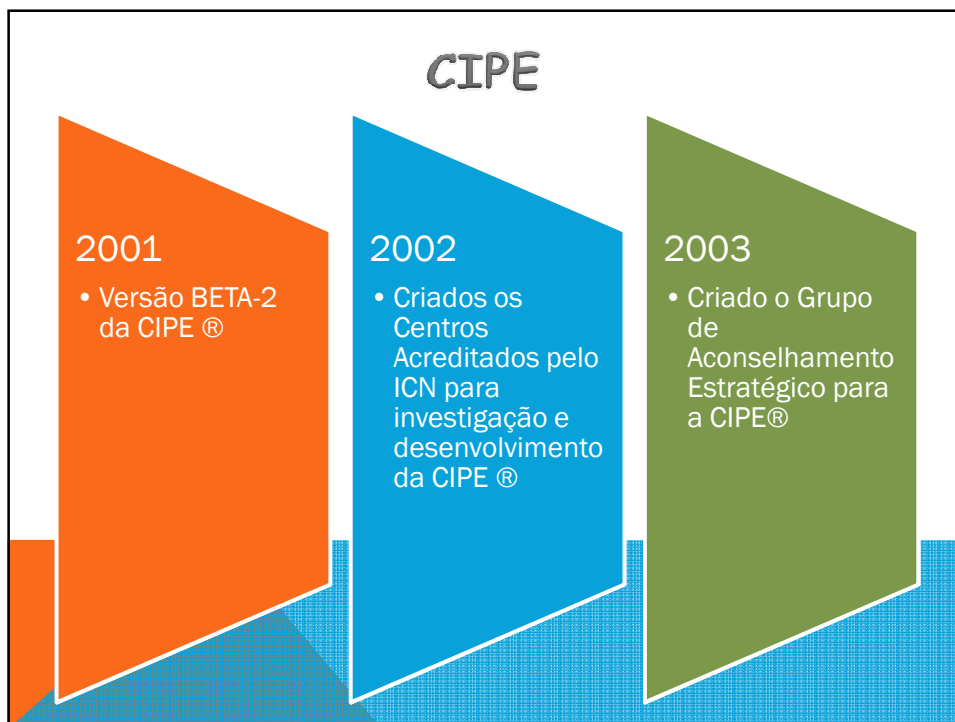
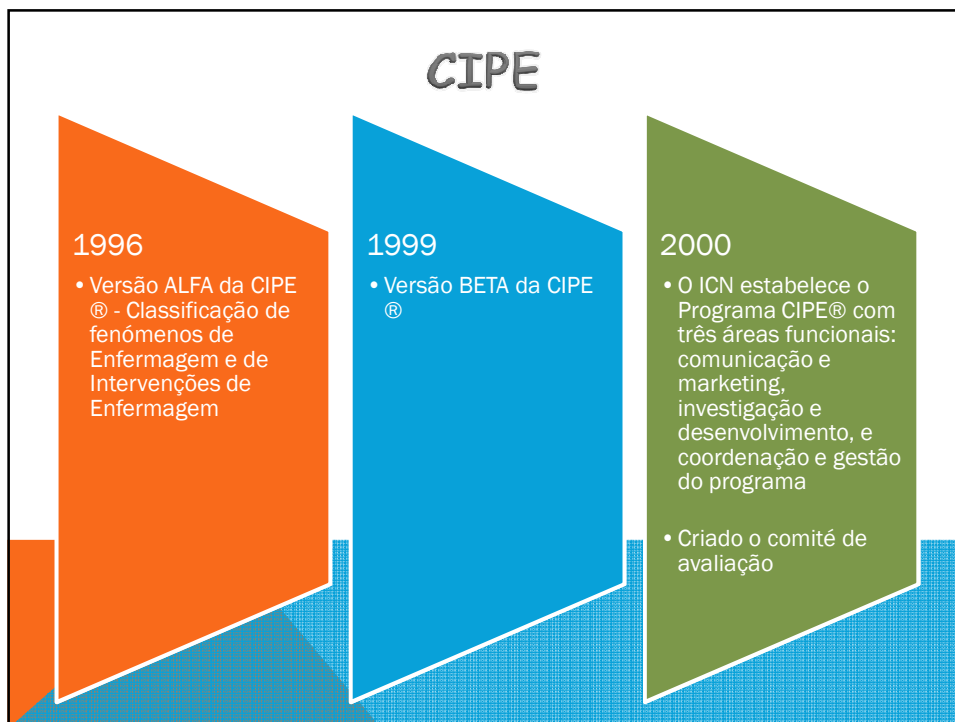
- Resolução estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Seul)

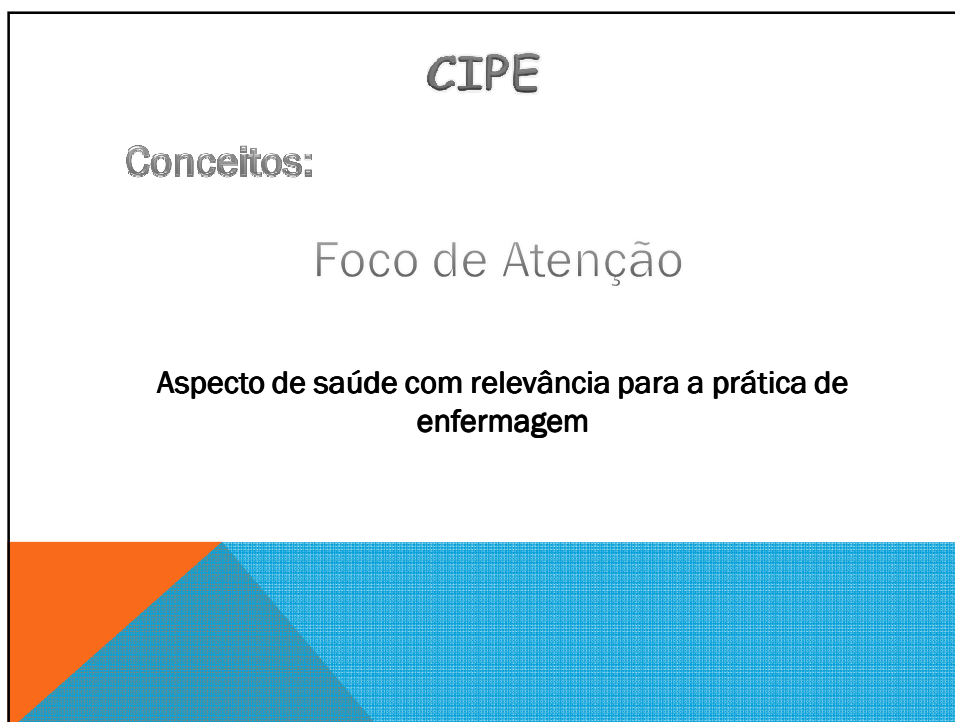
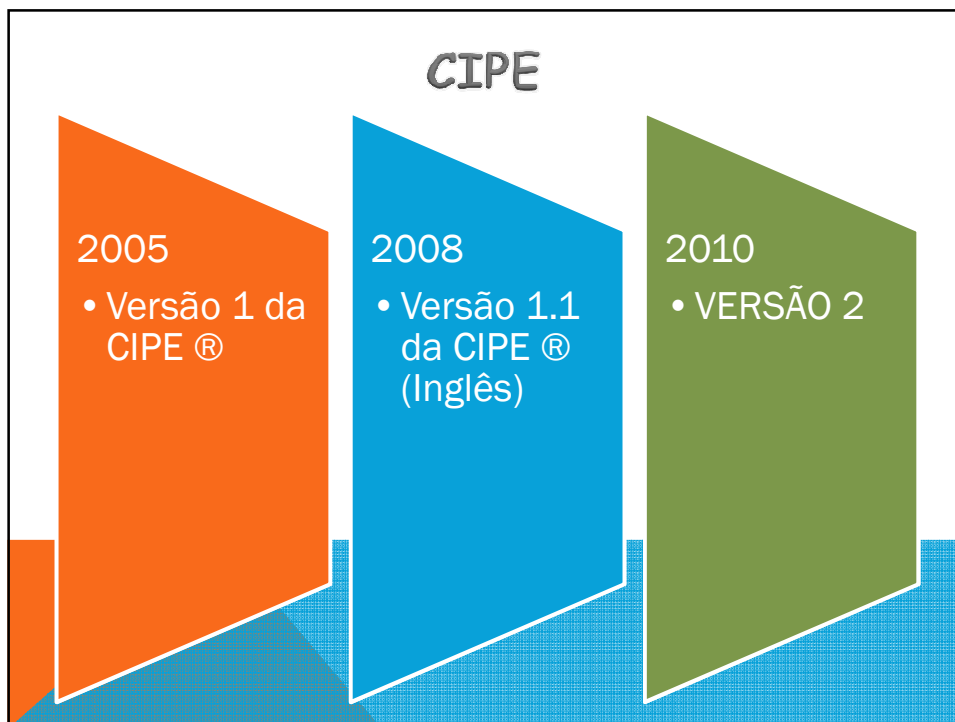
1990

- Formada a equipa de desenvolvimento da CIPE ®

1993

- Publicação de um documento de trabalho com uma lista de termos usados na literatura de enfermagem e classificações existentes para descrever diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem





CIPE

Conceitos:

Diagnóstico de Enfermagem

Designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno de enfermagem, que representa o foco das suas intervenções

CIPE

Conceitos:

Intervenção de Enfermagem

Acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem

CIPE

Conceitos:

Resultados/Ganhos em Saúde
Sensíveis aos Cuidados de
Enfermagem

Medição ou condição de um diagnóstico de
enfermagem, a intervalos de tempo, após
implementadas as intervenções de enfermagem

CIPE



**Modelo
de
7
Eixos**

CIPE



FOCO:

Área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo, dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento)

CIPE



JUÍZO:

Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo, nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal)

CIPE



RECURSOS:

Forma ou método de concretizar uma intervenção (por exemplo, ligadura, técnica de treino vesical, serviço de nutrição)

CIPE



ACÇÃO:

Processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente (por exemplo, educar, trocar, administrar, monitorizar)

CIPE



TEMPO:

O ponto, período, instante intervalo ou duração de uma ocorrência (por exemplo, admissão, nascimento, crónico)

CIPE



LOCALIZAÇÃO:

Orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (por exemplo, posterior, abdómen, escola, centro de saúde)

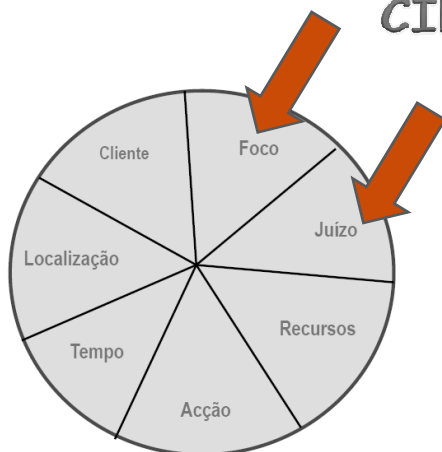
CIPE



CLIENTE:

Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (por exemplo, recém-nascido, prestador de cuidados, família, comunidade)

CIPE



DIAGNÓSTICO:

Um termo do eixo do **Foco**

Um termo do eixo do **Juízo**

(pode incluir termos adicionais, conforme necessário, dos eixos do Foco, Juízo ou de outros eixos)

CIPE



INTERVENÇÃO:

Um termo do eixo do **Acção**

Um termo **Alvo** – um termo de qualquer eixo excepto do eixo do Juízo

(pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Acção ou de qualquer outro eixo)

CIPE

7 Eixos	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnóstico De Enfermagem							
Intervenções de Enfermagem							
Resultados De Enfermagem							

CIPE

7 eixos Processo Enfermagem	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico De Enfermagem			Não Adesão à Medicação	Risco	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Explicar	Indivíduo			Domicílio	Regime medicamentoso	
	Ensinar		Efeito colateral				
	Monitorizar		Adesão à Medicação		Domicílio	Caixa de Medicamentos	
Resultados De Enfermagem			Adesão à Medicação	Actual	Domicílio		

Adesão

CIPE

*Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)
Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*

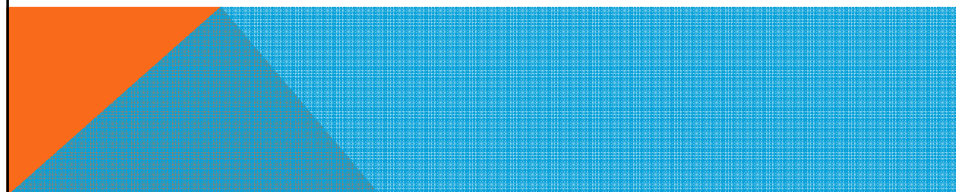


Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem
para o Repositório Central de Dados da Saúde

CIPE

Resumo mínimo de dados:

- ❑ Comparar e descrever os dados e cuidados de enfermagem em diferentes populações, locais e tempos
- ❑ Demonstrar/projectar tendências dos cuidados e atribuição de recursos de enfermagem a doentes, de acordo com os problemas ou diagnósticos de enfermagem
- ❑ Estimular a investigação em enfermagem.



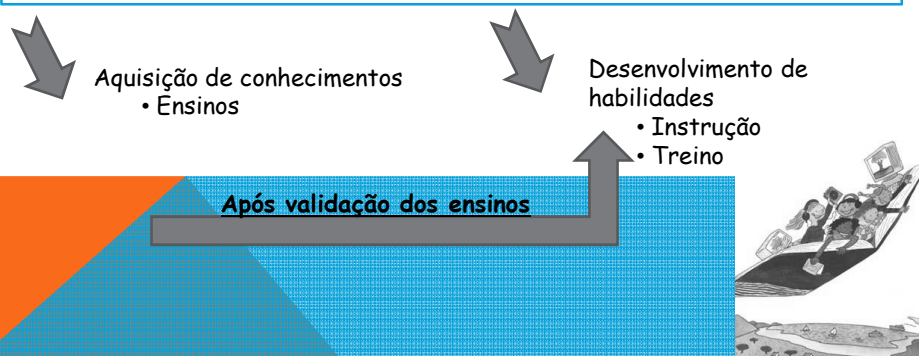
Corum Focos da Pediatria



Aprendizagem

Conceito Aprendizagem:

"Pensamento: Processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência."



Amamentação



Conceito Amamentação:

"Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: Alimentar uma criança oferecendo leite materno."

Diagnóstico: Amamentação Comprometida

- Deficit de habilidades da mãe ou da criança para proceder à amamentação
- Necessidade de vigiar adaptação a mama
- Supervisionar a amamentação

Critérios de Encerramento do Diagnóstico

- Amamentação estabelecida sem necessidade de supervisão

Exemplo de intervenções:

- Vigiar mama
- Vigiar lactação
- Incentivar amamentação
- Promover amamentação
- Supervisionar amamentação
- Optimizar ambiente
- Vigiar adaptação à mama

Aprendizagem: Amamentação

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Amamentação ausente

- Sempre que os pais revelam desconhecimento sobre alimentar a criança, oferecendo leite materno

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre amamentação
 - Vantagens do aleitamento materno
 - Adaptação à mama
 - Cuidados à mama
 - Lactação
 - Extração, conservação e transporte do leite materno

Validação dos ensinamentos

Fecha-se este juízo e ...

Aprendizagem: Amamentação

Abre-se com o juízo

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Amamentação parcial

➤ Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre a amamentação

Exemplos de intervenções

- Treinar sobre amamentação
- Instruir sobre amamentação

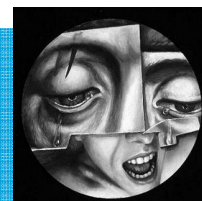
➤ Encerra-se quando os pais demonstram autonomia há mais de 24h

- ✓ Adaptação à mama
- ✓ Cuidados à mama
- ✓ Lactação
- ✓ Extracção, conservação e transporte do leite materno

Dor

Conceito Dor:

“ Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável , referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tonus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação de foco de atenção, alteração da protecção do tempo, fuga do contacto social, processo do pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite”.





Dor

Diagnóstico: Risco de Dor

- Score obtido através das escalas
- Levanta-se em todas as crianças que sejam submetidas a um procedimento invasivo por turno

Exemplo de intervenções:

- Monitorizar dor
- Massajar corpo
- Gerir repouso
- Optimizar posição corporal
- Administrar Sacarose
- Adequar medidas não farmacológicas
- Gerir analgésico



Dor

Diagnóstico: Dor Presente

- Levanta-se quando as medidas não farmacológicas e analgesia prescrita não surtiram efeito

Critérios de Encerramento dos Diagnósticos

- Quando a dor, for inferior a 1, durante 48 h

Exemplo de intervenções:

- Aplicar dispositivo de aquecimento
- Aplicar dispositivo de arrefecimento
- Atenuar dor
- Massajar corpo
- Monitorizar dor

Aprendizagem: Dor

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Dor ausente

- Sempre que os pais revelam desconhecimento sobre avaliação da dor e medidas de alívio

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre dor
 - Medidas não farmacológicas

Validação dos ensinamentos

Fecha-se este juízo e ...

Exemplos de intervenções

- Treinar sobre prevenir e aliviar dor
- Instruir sobre prevenir e aliviar dor
 - Medidas não farmacológicas

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Dor parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre a dor
- Encerra-se quando os pais demonstram habilidades, há 24h

Aspiração

Conceito Aspiração:

"Processo do sistema respiratório comprometido: Inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia e os pulmões."

Diagnóstico: Risco de Aspiração

- Alteração do nível de consciência
- Depressão dos reflexos de vômito, da tosse e da deglutição
- Presença de sondas de alimentação
- Presença de vias aéreas artificiais
- Distensão gástrica ou íleo
- Distúrbios gastrointestinais (disfagia, refluxo gastroesofágico, estenose esofágica)

Exemplos de intervenções

- Aspirar secreções
- Auscultar tórax
- Inserir sonda gástrica
- Instilar solução na cavidade nasal
- Posicionar a criança

Aspiração

Diagnóstico: Aspiração Actual

- Quando se confirma aspiração de substâncias

CrITÉrios de Encerramento dos Diagnósticos

- Após a sintomatologia associada desaparecer, ou não apresentar factores de risco, durante 24h

Exemplos de intervenções

- Aspirar traqueia
- Drenar conteúdo gástrico
- Interromper a refeição
- Restabelecer respiração

Aprendizagem: Aspiração

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aspiração ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre medidas de prevenir a aspiração

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre aspiração

- ✓ Posicionamento
- ✓ Cuidados à sonda gástrica

- ✓ Aspiração de secreções outros

- ✓ Cuidados à traqueostomia

- ✓ Incentivar o tossir

- ✓ Instilação de soro fisiológico na cavidade nasal

- ✓ Sinais de alarme

Validação dos ensinios

Fecha-se este juízo e ...

Exemplos de intervenções

- Treinar sobre aspiração
- Instruir sobre aspiração

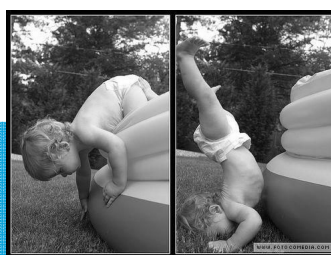
Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aspiração parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Cair

Conceito Cair:

" Realizar: Descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical."



Cair

Diagnóstico: Risco de Cair

(Escala Sempre em Pé)

- Agitação
- Alteração no estado de consciência
- Dificuldade na mobilização
- Crianças com idade inferior a 3 anos
- Abrir o foco sempre que se verifique uma das situações acima citadas.

Exemplos de intervenções

- Gerir ambiente
- Optimizar ambiente
- Posicionar a criança

Critérios de encerramento de diagnóstico

- Encerra-se o diagnóstico quando não apresentar qualquer dos factores acima citados por mais de 24h

Sempre em Pé		
FACTORES DE RISCO	DESCRIÇÃO DOS FACTORES DE RISCO	SCORE
Idade	Menos de 4 anos	3
	4 - 7 anos	2
	Mais de 7 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Medicação	Uso de psicofármacos, antiepiléticos, anticonvulsivantes, sedativos, antidepressivos, laxantes, diuréticos	3
	Um dos anteriores	2
	Outro tipo de medicação, sem medicação	1
Modo de administração da medicação	Perfusão contínua	3
	Perfusão intermitente	2
	Sem perfusão	1
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico, psiquiátrica, comportamental	4
	Patologia do foro respiratório	3
	Patologia do foro ortopédico	2
	outro	1
Tempo pós - sedação ou anestesia	Até 24 horas	3
	24 - 48 horas	2
	Mais de 48 horas ou nenhuma	1
Histórico de quedas	História de quedas desenvolvimentais recorrentes	3
	História de quedas acidentais recentes	2
	Sem quedas recentes	1
Tempo previsto de internamento	Curto (1 a 3 dias)	3
	Médio (4 a 10 dias)	2
	Longo (mais de 10 dias)	1
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Criança sozinha	4
	12 horas durante a noite	3
	12 horas durante o dia	2
	24 horas	1
Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não conhece rotinas/estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	3
	Conhece rotinas e estrutura do serviço, não reconhece a necessidade da criança no hospital	2
	Conhece as rotinas e estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança	1
Comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos)	Não demonstra comportamento para assegurar a segurança	2
	Demonstra comportamento para assegurar a segurança	1

Cair

Diagnóstico: Cair Actual

- Sempre que ocorra uma queda

Exemplos de intervenções

- Transferir a criança
- Registar queda
- Encorajar comunicação de emoções
- Vigiar dor

Critérios de encerramento de diagnóstico

- Encerra-se após resolução da queda

Aprendizagem: Cair

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Cair ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre medidas de segurança, posicionamento, utilização de dispositivos ...

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre prevenção de quedas
 - ✓ Posicionar
 - ✓ Transferir-se

Validação dos ensinamentos

Fecha-se este juízo e ...

Exemplos de intervenções

- Treinar sobre prevenção de quedas
- Instruir sobre prevenção de quedas

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Cair parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Desenvolvimento Infantil

Conceito Desenvolvimento Infantil:

“Desenvolvimento Humano: Crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância.”

Diagnóstico: Risco de desenvolvimento infantil

(Escala)

- Recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior a 37 semanas
- Crianças gravemente doentes
- Crianças com internamento superior a 1 semana

Exemplos de intervenções

- Vigiar desenvolvimento do recém-nascido
- Vigiar desenvolvimento infantil (Mary Sheridan)
- Promover hábitos de sono
- Optimizar ambiente
- Posicionar a criança

Crítérios de encerramento de diagnóstico

- Encerra-se o diagnóstico quando não apresentar qualquer dos factores acima citados por mais de 24h



Aprendizagem: Desenvolvimento Infantil

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil ausente

- Sempre que os pais revelam desconhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento físico, mental e social da criança

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre desenvolvimento infantil

- | | | |
|-------------|----------------------|--------------------|
| ✓ Linguagem | ✓ motricidade fina, | ✓ postura |
| ✓ audição | ✓ motricidade global | ✓ adaptação social |
| ✓ visão, | | |

Validação dos ensinamentos

Fecha-se este juízo e ...

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam desenvolver habilidades sobre desenvolvimento Infantil
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Treinar sobre desenvolvimento infantil
- Instruir sobre desenvolvimento infantil

Limpeza das Vias Aéreas

Conceito Limpeza da Vias Aéreas :

"Processo do sistema respiratório: *manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstrução do trato respiratório.*"



Limpeza das Vias Aéreas

Diagnóstico: Limpeza das Vias aéreas Comprometida

- Dificuldade respiratória
- Alteração do estado de consciência
- Presença de dispositivos respiratórios
- Reflexo da tosse débil ou pouco eficaz
- Presença de sonda gástrica

CrITÉRIOS de encerramento de diagnóstico

- Encerra-se quando os factores acima citados estejam ausentes 24h

Exemplos de intervenções

- Apoiar a criança
- Aspirar secreções
- Auscultar tórax
- Estimular reflexo de tossir
- Gerir ingestão de líquidos
- Gerir oxigenoterapia
- Incentivar reflexo de tossir

Aprendizagem: Limpeza das vias aéreas

Diagnóstico: Aprendizagem Limpeza das vias aéreas ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre permeabilidade das vias aéreas

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre limpeza das vias aéreas

✓ Posicionamento

✓ Inaloterapia

✓ Aspiração de secreções

✓ Cuidados à traqueostomia

✓ Incentivar o tossir

✓ Instilação de soro fisiológico na cavidade nasal

✓ Oxigenoterapia

✓ Sinais de alarme

Validação dos ensinios

Fecha-se este juízo e ...

Aprendizagem: Limpeza das vias aéreas

Abre-se como
juízo

Diagnóstico: Aprendizagem Limpeza das vias aéreas parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre Limpeza da vias aéreas
- Treinar sobre Limpeza da vias aéreas

Excesso de Peso

Conceito Excesso de Peso:

"Peso comprometido: condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10% a 20% acima do peso ideal, aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício."



Excesso de Peso

Diagnóstico: Risco de Excesso de peso

- Sempre que o IMC se encontre acima do percentil 85.
- Hábitos alimentares desajustados
- Sedentarismo

Exemplos de intervenções

- Vigiar refeição
- Monitorizar refeição
- Monitorizar peso corporal
- Assegurar refeição adequada
- Contactar serviço de nutrição
- Incentivar actividade corporal

Diagnóstico: Excesso de Peso Actual

- Sempre que o IMC se encontre acima do percentil 90

CrITÉRIOS de encerramento de diagnóstico

- Este diagnóstico mantém-se aberto todo o internamento

Aprendizagem: Excesso de Peso

Diagnóstico: Aprendizagem Excesso de Peso ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre alimentação saudável e a importância do exercício para o controlo do peso corporal
- Encerra-se quando os pais demonstram conhecimento sobre ensinamentos realizados há 24h

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre padrão alimentar
- Ensinar sobre actividade corporal

- ✓ Hábitos de vida saudável
- ✓ Alimentação saudável
- ✓ Importância do exercício físico

Maceração

Conceito Maceração:

"Ferida: Abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada."



Maceração

Diagnóstico: Risco de Maceração

- Alteração da temperatura corporal
- Presença de secreções na orofaringe e nasofaringe
- Alteração da mobilidade
- Dejecções líquidas
- Presença de dispositivos com necessidade de fixação à pele (uso de adesivos)
- Crianças com ostomias

Exemplos de intervenções

- Vigiar pele
- Aplicar creme
- Providenciar creme
- Controlar humidade da pele
- Posicionar a criança

Critérios de encerramento de diagnóstico

- **Risco:** Quando a criança não apresentar nenhuma das condições acima citadas

Maceração

Diagnóstico: Maceração Actual

- Quando tem maceração presente

Exemplos de intervenções

- Tratar maceração
- Providenciar creme
- Monitorizar dor
- Trocar dispositivo do estoma
- Optimizar dispositivo de imobilização

CrITÉrios de encerramento de diagnóstico

- **Actual:** Quando a criança não apresentar maceração

Aprendizagem: Maceração

Diagnóstico: Aprendizagem Maceração ausente

- Sempre que os pais/criança revelam desconhecimento manter a pele seca, cuidados de higiene, controlo da humidade da pele

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre prevenir maceração
- Ensinar sobre tratar maceração

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

- ✓ Cuidados de higiene
- ✓ Hidratação da pele
- ✓ Posicionamento

Abre-se como
juízo

Aprendizagem: Maceração


Diagnóstico: Aprendizagem Maceração parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre prevenir maceração
- Treinar sobre prevenir maceração
- Instruir sobre tratar maceração
- Treinar sobre tratar maceração

Eritema



Conceito Eritema:

"Agregado de entidades comprometido: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, edema local, urticária, vesículas e prurido."

Diagnóstico: Eritema Actual

- Sempre que se verifique a existência de eritema

Exemplos de intervenções

- Aplicar creme
- Controlar humidade da pele
- Lavar o períneo
- Optimizar fralda
- Providenciar creme
- Trocar fralda
- Vigiar pele

CrITÉRIOS de encerramento de diagnóstico

- Quando o eritema estiver ausente 24h

Aprendizagem: Eritema

Diagnóstico: Aprendizagem Eritema ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre cuidados de higiene, manter a pele seca, controlo da humidade

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre eritema

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

- ✓ Cuidados de higiene
- ✓ Hidratação da pele
- ✓ Posicionamento

Aprendizagem: Eritema

*Abre-se com o
juízo*

Diagnóstico: Aprendizagem Eritema parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado.
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre eritema
- Treinar sobre eritema

Medo

Conceito Medo:

"Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado por uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir."

Diagnóstico: Medo Presente

- Criança verbaliza medo
- Criança chora na presença de profissionais de saúde
- Criança chora ou fica agitada na ausência da pessoa significativa (pai, mãe ou outro)

Exemplos de intervenções

- Apoiar a criança
- Escutar a criança
- Gerir o ambiente
- Identificar o medo
- Implementar terapia pelo humor

Crítérios de encerramento de diagnóstico

- Quando não se verificar uma das situações acima citadas durante 24h



Aprendizagem: Medo

Diagnóstico: Aprendizagem Medo ausente

- Sempre que os pais/criança revelam desconhecimento sobre medidas que previnam ou eliminem o medo.

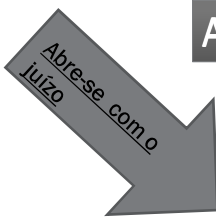
Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre medo

- ✓ ambiente
- ✓ processo patológico (doença)
- ✓ técnicas de relaxamento

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*



Aprendizagem: Medo

Diagnóstico: Aprendizagem Medo parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre técnicas sobre relaxamento
- Treinar sobre técnicas sobre relaxamento

Termorregulação

Conceito Termorregulação:

"Processo do Sistema Regulador: Controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos activados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal."



Termorregulação

Diagnóstico: Termorregulação Comprometida

- Alteração da temperatura corporal acima dos 37,5°C e abaixo dos 36°C
- Labilidade Térmica

CrITÉrios de Encerramento do Diagnóstico

- Quando não se verificar nenhuma das situações acima citadas durante 48h

Exemplos de intervenções

- Gerir ambiente
- Monitorizar sinais vitais
- Optimizar ambiente
- Optimizar roupas
- Aplicar dispositivo de arrefecimento/Aquecimento

Aprendizagem: Termorregulação

Diagnóstico: Aprendizagem Termorregulação ausente

- Sempre que os pais/criança revelam desconhecimento sobre
 - Existência e manuseio de dispositivos de aquecimento/arrefecimento
 - Gestão do ambiente.

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre Termorregulação

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

- ✓ Dispositivos de aquecimento e arrefecimento
- ✓ Ambiente

Abre-se com o juízo

Aprendizagem: Termorregulação

Diagnóstico: Aprendizagem Termorregulação parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre Termorregulação
- Treinar sobre Termorregulação

Parentalidade

Conceito Parentalidade:

"Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai, comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados."



Parentalidade

Diagnóstico: Parentalidade Comprometida

- Este diagnóstico é aberto sempre

CrITÉrios de Encerramento do Diagnóstico

- Este diagnóstico encerra-se no momento da alta e se as aprendizagens foram adquiridas

Exemplos de intervenções

- Promover o envolvimento da família
- Incentivar adesão à vacinação
- Contactar enfermeiro da unidade de cuidados de saúde
- Explicar sobre ambiente da unidade de saúde
- Informar sobre direitos do cliente
- Informar sobre serviços comunitários

Aprendizagem: Parentalidade

Diagnóstico: Aprendizagem Parentalidade ausente

- Sempre que os pais revelem desconhecimento sobre:
 - promoção da saúde
 - prevenção de acidentes
 - cuidados de higiene
 - alimentação, método canguru
 - regime terapêutico, transporte e segurança

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre capacidade parental

- ✓ Medidas de segurança
- ✓ Sinais de alarme
- ✓ Sono
- ✓ Vigilância de saúde

- ✓ Conforto
- ✓ Eliminação
- ✓ Capacidades parentais

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

Abre-se com o juízo

Aprendizagem: Parentalidade

Diagnóstico: Aprendizagem Parentalidade parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre capacidade parental
- Treinar sobre capacidade parental

Vômito

Conceito Vômito:

"Processo do sistema gastrointestinal comprometido: Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do estômago e para fora da boca."

Diagnóstico: Vômito Actual

- Este diagnóstico é aberto sempre que existam ? episódios de vômito

CrITÉRIOS de Encerramento do Diagnóstico

- Este diagnóstico encerra-se quando a criança não presente episódios de vômitos , durante um período de 48 horas

Exemplos de intervenções

- Aliviar a criança no vômito
- Drenar conteúdo gástrico
- Gerir o alimentar-se

Aprendizagem: Vômito

Diagnóstico: Aprendizagem Vômito ausente

- Sempre que a criança e/ou Família revelarem desconhecimento sobre:
 - aliviar o indivíduo no vômito
 - gestão da alimentação
 - vigilância do vômito e medidas que previnem o vômito

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre padrão alimentar
 - ✓ Dieta
 - ✓ Aporte hídrico
 - ✓ Sinais de alarme

Validação dos ensinamentos

Fecha-se este juízo e ...

Aprendizagem: Vômito

Abre-se com o juízo

Diagnóstico: Aprendizagem Vômito parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre vômito
- Treinar sobre vômito
(Medidas que previnem o vômito)

Úlcera de Pressão

Conceito Úlcera de Pressão:

"Úlcera: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada."

O risco de úlcera (escala de Braden Q) avalia-se a TODAS as crianças internados - Na Neonatologia RN's com idade > 21 dias

O risco varia de acordo com os seguintes critérios:

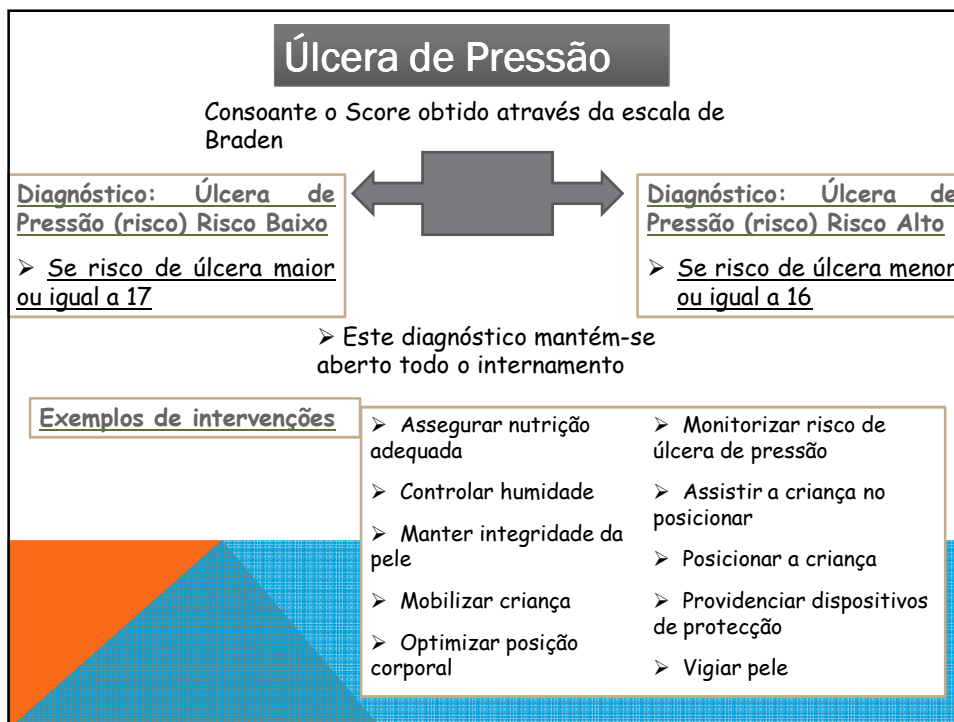
- alterações do estado de consciência
 - nutrição inadequada
 - desidratação
 - agitação
 - pele húmida
 - dependência moderada ou total no alimentar-se e/ou no transferir-se
 - má perfusão dos tecidos
 - alterações na sensibilidade
- Sempre que os critérios variem deverá reavaliar-se o risco.**

Quadro 1 - Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças

Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente úmida, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.

Quadro 1 - Continuação				
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
PERFUSÃO TEGIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95% ou a hemoglobina >10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar <2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Varição - 7-28 pontos. Escore 28 - sem risco de úlcera de pressão; Escore 7 - risco máximo.



Úlcera de Pressão

Diagnóstico: Úlcera de Pressão Presente

- Este diagnóstico levanta-se sempre que a criança tenha úlcera de pressão presente

Critérios de Encerramento do Diagnóstico

- O diagnóstico úlcera de pressão presente encerra-se quando a úlcera de pressão passar a ausente

Exemplos de intervenções

- Executar penso da úlcera de pressão
- Monitorizar risco de úlcera de pressão
- Supervisionar a criança no posicionar
- Assistir a criança no posicionar
- Incentivar a criança no posicionar
- Massajar corpo com creme hidratante
- Tratar úlcera de pressão
- Vigiar úlcera de pressão

Aprendizagem: Úlcera de Pressão

Diagnóstico: Aprendizagem Úlcera de Pressão ausente

- Sempre que os pais/criança revelem desconhecimento sobre medidas que previnam a úlcera de pressão

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre prevenir úlcera de pressão
 - ✓ Posicionamento
 - ✓ Alimentação
 - ✓ Cuidados de higiene
 - ✓ Massagem)

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

Aprendizagem: Úlcera de Pressão

Abre-se com o juízo

Diagnóstico: Aprendizagem Úlcera de Pressão parcial

- Sempre que os pais/criança já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 24h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre prevenção de úlcera de pressão
- Treinar sobre prevenção de úlcera de pressão

Adesão

Conceito adesão:

"Status: Acção auto-iniciada para a promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)."

Adesão

Diagnóstico: Adesão Comprometido

- Diagnóstico é aberto sempre que a criança não demonstre autonomia nos seguintes aspectos:
 - Adesão ao regime de tratamento;
 - Toma de medicamentos como prescritos
 - Mudança para comportamento saudáveis
 - Sinais de cura
 - Demonstração da interiorização, de comportamento de saúde

CrITÉRIOS de Encerramento do Diagnóstico

- Encerra-se quando haja evidências de aceitação do tratamento; mudança do comportamento para melhor; efeitos terapêuticos; interiorização do valor de um comportamento de saúde e cumprimento das instruções relativas ao tratamento.

Exemplos de intervenções:

- Apoiar o estado psicológico
- Apoiar o processo de tomada de decisão
- Apoiar a família
- Apoiar rituais espirituais
- Promover a auto-estima
- Promover o apoio social
- Verificar os conhecimentos sobre a doença

Aprendizagem: Adesão

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Adesão ausente

- Enuncia-se sempre que a Criança, Pais/ Substitutos revelarem desconhecimento sobre:
 - Adesão ao regime de tratamento
 - Toma de medicamentos como prescritos
 - Mudança para comportamento saudáveis
 - Sinais de cura
 - Demonstração da interiorização, de comportamento de saúde

Exemplos de intervenções

- Ensinar sobre adesão

- | | |
|---|-------------------------------|
| ✓ Acesso ao tratamento
doença (processo
patológico) | ✓ Não abuso de
substâncias |
| ✓ Ingestão de líquidos | ✓ Não abuso de tabaco |
| ✓ Não abuso de álcool | ✓ Não abuso de drogas |

*Validação dos
ensinos*

*Fecha-se este
juízo e ...*

Abre-se com o juízo

Aprendizagem: Adesão

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Adesão parcial

- Sempre que os pais já obtiveram conhecimento e necessitam de desenvolver habilidades sobre o ensino realizado
- Encerra-se quando os pais demonstram competências há 48h-72h

Exemplos de intervenções

- Instruir sobre adesão
- Treinar sobre adesão
 - ✓Precauções de segurança
 - ✓Regime dietético
 - ✓Regime medicamentoso
 - ✓Regime de exercício

Aceitação do Estado de Saúde

Conceito Aceitação do Estado de Saúde :

"Aceitação do Estado de Saúde: Reconciliação com as circunstâncias de saúde."

Diagnóstico: Aceitação do Estado de Saúde Comprometido

O enfermeiro identifica na criança e família, a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o stress ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde/doença. No fundo, dificuldades de adaptação à situação de saúde/doença que sofreu alterações significativas na sua representação



Exemplos de intervenções:

- Apoiar o processo de tomada de decisão
- Apoiar a família
- Apoiar rituais espirituais

Aceitação do Estado de Saúde

CrITÉRIOS de Encerramento do Diagnóstico

- Após o criança manifestar capacidade de gerir o *stress* e tensão provocada pela situação de saúde/doença e desenvolver estratégias de adaptação a esta nova condição
- Encerra-se o diagnóstico 24h após se verificarem as manifestações definidas



Aprendizagem: Aceitação do Estado de Saúde

Diagnóstico: Aprendizagem sobre Aceitação do Estado de saúde ausente

- Enuncia-se sempre que a criança/família revele desconhecimento sobre: estratégias de autocontrolo; de adaptação e de coping; recursos comunitários e de saúde
- Validar conhecimento sobre o ensino
- Encerra-se 24h após revelarem apreensão/conhecimento do ensino realizado

Exemplos de intervenções:

- Ensinar sobre aceitação do estado de saúde
 - ✓ Auto controlo
 - ✓ Estratégias de adaptação
 - ✓ Estratégias de coping
 - ✓ Outros serviços comunitários/serviços de saúde

Conforto

Conceito Conforto:

"Status: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal."

Diagnóstico: Conforto Comprometido

- Sempre que a criança manifeste períodos longos e repetidos de desconforto ao longo do dia
- Quando a criança que está internada não tem prestador de cuidados

Crítérios de Encerramento do Diagnóstico

- Encerra-se quando nenhum dos critérios anteriores se verifique ou no momento da alta

Exemplos de intervenções

- Dar banho
- Massajar corpo
- Optimizar ambiente
- Optimizar posição corporal

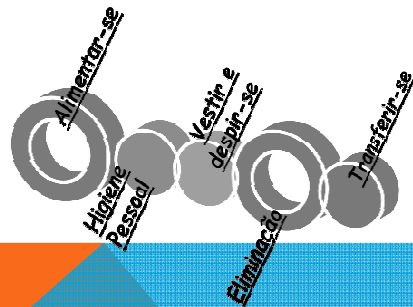
QUANDO PRECISAMOS DE RECORRER AO
CORUM DE FOCOS DO ADULTO



Autocuidado

Conceito Autocuidado:

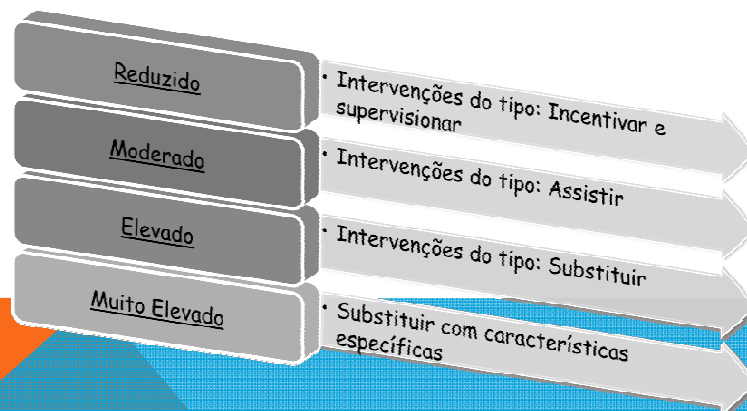
"Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária."



No desempenho das suas actividades o indivíduo poderá depender de outros, pelo que se definem **graus de dependência** que exprimem a sua necessidade.

Autocuidado

Graus de Dependência



Corum focos da Pediatria Aplicação - Glint

Foco
Excesso de Peso

Diagnóstico
Risco Excesso
de Peso

Diagnóstico
Excesso de
Peso Actual

Dentro do mesmo foco,
diagnósticos com
diferentes juízos
encerram o anterior

ACTIVIDADES
DIAGNÓSTICAS



Actividades Diagnósticas

Conceito: Conjunto de monitorizações e vigilâncias

Monitorizar

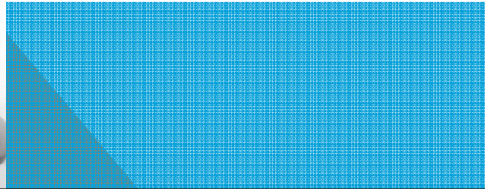
Determinar: Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa

Ex: Monitorizar peso (valor numérico)

Vigiar

Monitorizar: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.

EX: Vigiar pele (quadro de escolha)



ATTITUDES
TERAPÊUTICAS



Atitudes Terapêuticas

Conceito: Actividades no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem interdependentes, que não estão englobadas em nenhum foco de atenção.

Ex: Inserir cateter venoso periférico

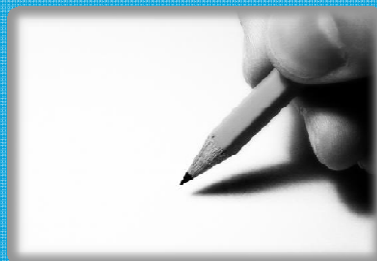


Ex: Colher espécimen



Ex: Optimizar aparelho gessado

PADRÃO DOCUMENTAL
Área de Assistência a criança
EXERCÍCIOS...



CASO 1

- O Afonso é uma criança de 12 anos, submetido a apendicectomia sob anestesia geral
-
- Sem antecedentes pessoais relevantes
- No pós operatório, iniciou febre
- Refere queixas álgicas
- Não tolerou dieta líquida
- Penso operatório limpo e seco externamente
- Pais ansiosos com situação e com o regresso a casa

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juizo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnóstico De Enfermagem							
Intervenções de Enfermagem							
Resultados De Enfermagem							

CASO 2

- A Maria é uma bebe de 9 meses, com antecedentes de bronquiolites de repetição
- Recorreu ao S.U. com febre com evolução de 1 semana, tosse, obstrução nasal e dejecções líquidas. No dia que recorre ao S.U. teve 2 vómitos
- Apresenta tiragem global, polipneia, farfalheira e obstrução nasal, Spo2 de 90% em ar ambiente
- Apresenta pele e mucosas descoradas e ligeira desidratação
- Pais presentes e preocupados com a situação

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juizo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnóstico De Enfermagem							
Intervenções de Enfermagem							
Resultados De Enfermagem							

CASO 3

- O Manuel é um prematuro com idade gestacional 33 semanas + 2 dias, índice de apagar 5/8; Peso a nascença 1.820 kg
- Deu entrada na unidade de neonatologia com gemido, tiragem global, spo2 de 88-91% em ar ambiente; Foi adaptada ao I.F. ; Fica com CVU
- Encontra-se em dieta zero
- Actualmente no dia 2 de vida
- Primeiro filho; recebe a visita regular dos pais
- Mãe verbaliza vontade em amamentar o bebe

7 Eixos	Ação	Cliente	Foco	Juizo	Localização	Recursos	Tempo
Processo Enfermagem							
Diagnóstico De Enfermagem							
Intervenções de Enfermagem							
Resultados De Enfermagem							

APÊNDICE VIII

Resumo para Candidatura a Participação com Póster no Evento evento “Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva”, Promovido Pela Ordem dos Enfermeiros

Partindo da necessidade de resolver a problemática da existência de um sistema de informação inadequado para a documentação dos cuidados de enfermagem, surgiu o projecto de criação de um padrão documental que visou a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem. O póster proposto demonstra os “alicerces” sobre os quais este projecto se desenvolveu, o processo de enfermagem, a pertinência da documentação dos cuidados e os requisitos que um sistema de informação deve cumprir. Explica a problemática da inexistência de um plano de cuidados individualizado e devidamente documentado aliado ao facto de existir duplicação de registos em mais do que um tipo de suporte, o que conduz a défices, como por exemplo, a ausência de focos de atenção e de diagnósticos de enfermagem, assim como dificulta o tratamento estatístico de dados. Esta prática tem consequências como, por exemplo, o aumento da probabilidade de ocorrência de erro e o consumo de tempo dos enfermeiros, que poderia ser canalizado para outras intervenções.

Identificada a problemática foi traçado um percurso que englobou a parametrização do registo dos cuidados de enfermagem para ser incorporada num suporte informático e a formação dos enfermeiros para o cumprimento de um plano de implementação de uma linguagem estruturada na sua prática diária, a CIPE®. Neste percurso foram identificados alguns obstáculos, como sejam a resistência à mudança, a existência de mitos sobre a CIPE® e uma cultura de registos centrada no modelo biomédico. Houve que mobilizar estratégias para os minimizar, contar com o apoio das chefias e órgãos directores da instituição e consultar peritos nas diferentes áreas de actuação. Com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem definiram-se focos que permitam alcançar a produção de indicadores de enfermagem.

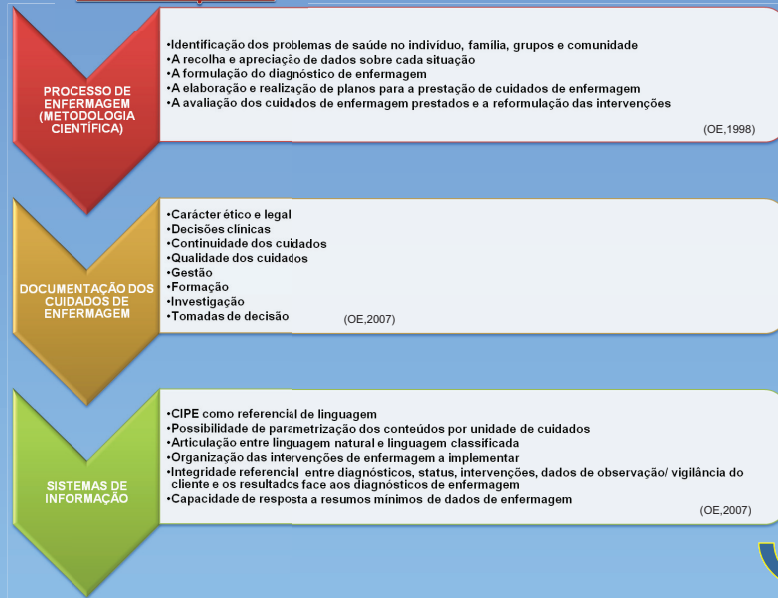
São ainda apresentados alguns dos documentos, emanados pela Ordem dos Enfermeiros, que sustentam o padrão de documentação enquanto referenciais orientadores das práticas.

APÊNDICE IX

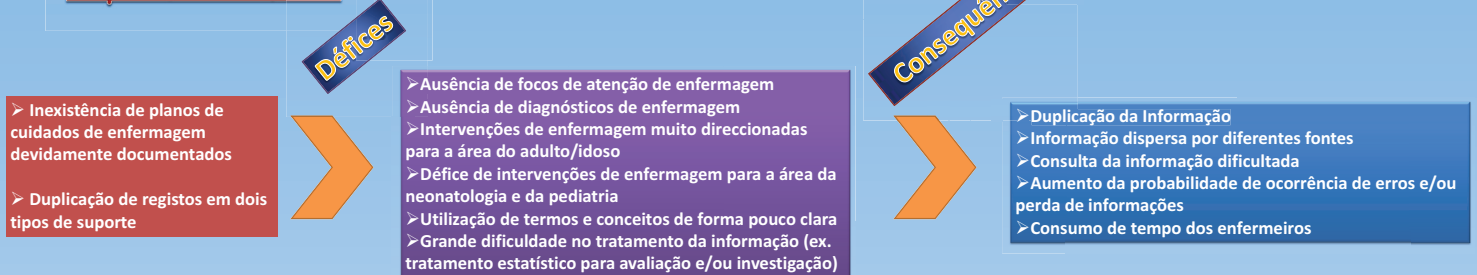
Maquete do Póster Apresentado no Evento “Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva”, Promovido Pela Ordem dos Enfermeiros

Criação de um Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem Utilizando linguagem CIPE®

A Cumprir:



A problemática:



O percurso:



Estratégias/Obstáculos:

- ✓ Apoio pelos órgãos directores e por parte das chefias
- ✓ Envolvimento de todos os enfermeiros no projecto
- ✓ Supervisão de todas as etapas
- ✓ Suporte informático acessível
- ✓ Discussão em grupo
- ✓ Conhecimento sobre as vantagens de utilização da CIPE®

- ✓ Investimento em recursos humanos e físicos
- ✓ Resistência à mudança
- ✓ Cultura de registos centrada no modelo biomédico
- ✓ Existência de mitos e crenças sobre a CIPE®

Sustentado em:

REPE
Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro
(Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril)

DIVULGAR
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Enquadramento conceptual
Enunciados descritivos

CIPE®
LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE CATÁLOGOS CIPE®

CIPE®
ESTABELECER PARCERIAS COM OS INDIVÍDUOS E AS FAMÍLIAS PARA PROMOVER A ADESAO AO TRATAMENTO

CIPE®
CUIDADOS PALIATIVOS PARA UMA MORTE DIGNA

Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem
para o Repositório Central de Dados da Saúde